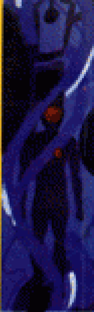
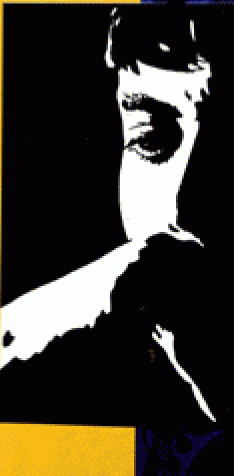


العلاج المعرفي السلوكي

أسس وتطبيقات



أ.د/ عادل عبدالله محمد

أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية جامعة الزقازيق

دار الرشاد

مقدمة

الحمد لله رب العالمين الذى نزّل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين، وجعل لنا السمع والأبصار والأفئدة، وخصنا بالعقل حتى نستطيع أن نفكر ونتعقل ونتدبر الأمور، ومع ذلك فقد ظل إطمئنان القلوب رهن بذكره سبحانه وتعالى. . والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

وبعد. .

يعد العلاج المعرفى السلوكى أحد أساليب العلاج النفسى الحديثة نسبياً نتج عن إدخال العمليات المعرفية إلى حيز وأساليب العلاج السلوكى حيث من المؤكد وجود إرتباط بين التفكير والإنفعال والسلوك إذ أن الفرد حينما يفكر فهو ينفعل ويسلك أيضاً، وعندما ينفعل فهو يفكر ويسلك فى ذات الوقت، وعندما يسلك فهو يفكر وينفعل كذلك. وقد شهدت بداية هذا المنحى العلاجى ظهور ثلاثة نماذج علاجية إرتبط كل منها بإسم صاحبه، فجاء على رأس تلك النماذج على التوالى آرون بيك A. Beck وألبرت إليس A. Ellis ودونالد ميتشنبوم D. Meichenbaum إلا أن النموذج الأخير هذا لم يرق إلى مستوى النظرية حيث قدم ميتشنبوم تفسيرات للتغيرات المعرفية التى تحدث من جراء العلاج على هيئة تقرير وليس من خلال دراسات إمبيريقية بما تكشف عنه من نتائج، وعلى ذلك فإن هذه الجهود تعد إتفاقاً مع رأى باترسون (١٩٨٦) Patterson بمثابة محاولة فى هذا الصدد لم تكتمل بعد سواء على المستوى التنظيرى أو التطبيقى. ولذا يقرر ما هونى (١٩٨٨) Mahoney أنه مع نهاية عقد الثمانينيات رأى جمع من الباحثين فى ذلك

المجال أن هذا المنحى العلاجى يتضمن إتجاهين متميزين، يتمثل أولهما فى الإتجاه الإستدلالى البنائى ويمثله بيك، بينما يتمثل الآخر فى الإتجاه العقلانى ويمثله إليس. وقد شهد الإتجاهان جملة من التطورات الحديثة حتى الوقت الحالى، كما شهدا إدخال عدد حديث من الإستراتيجيات والفنيات العلاجية إلى حيزهما، وإزداد كم الإضطرابات التى أمكنهما التعامل معها، وضم ذلك على سبيل المثال لا الحصر مشكلات الأطفال وكبار السن، والإضطرابات الذهانية، والإدمان وإساءة إستخدام المواد، والتخلف العقلى، والآلام المزمنة، والأرق، وإضطرابات الشخصية، وإضطرابات القلق، وغيرها. ويتسم هذا المنحى العلاجى بأنه يتعامل مع الإضطرابات المختلفة من منظور ثلاثى حيث يتناول المكونات المعرفية والإنفعالية والسلوكية لهذا الإضطراب أو ذاك، ومن ثم فقد تنوعت الفنيات العلاجية المستخدمة بين الفنيات المعرفية والإنفعالية والسلوكية، إضافة إلى إستخدامه لإستراتيجيات المواجهة التى تسهم فى منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى وهو ما جعل هذا الأسلوب العلاجى أقل أساليب العلاج النفسى فيما يتعلق بإحتمالات حدوث إنتكاسة فيما بعد.

ويتناول الكتاب الحالى هذا المنحى العلاجى من الناحية النظرية والتطبيقية الإكلينيكية، ومن ثم فهو يضم بين طياته بابين، يتناول الباب الأول منهما تلك الأسس النظرية للعلاج المعرفى السلوكى، ويشتمل على ثلاثة فصول، يتناول الفصل الأول المكونات والأركان التى يستند إليها هذا المنحى العلاجى، ويتناول الفصل الثانى الأطر النظرية لهذا المنحى العلاجى وأهم الإستراتيجيات والفنيات العلاجية الحديثة التى شهدها المجال. فى حين يتناول الفصل الثالث التطورات الحديثة التي شهدها هذا الميدان حتى الآن. أما الباب الثانى فيتناول التطبيقات الإكلينيكية للعلاج المعرفى السلوكى على عدد من الإضطرابات المختلفة والتى تعتبر فى معظمها من التطبيقات الحديثة. ويضم هذا الباب ثمانية فصول نتجول خلالها بين تلك الإضطرابات نوضح ما شهده المجال من تطورات وكيف يمكن تناول هذا الإضطراب أو ذاك فى ضوء هذا المنحى العلاجى. ولذا فقد حددنا

نقاطاً معينة عند تناول كل إضطراب على حدة وحاولنا الإلتزام بها. وقد تضمنت تلك النقاط تحديداً لطبيعة الإضطراب موضوع الدراسة، والمحكات التشخيصية التى يتم فى ضوئها تحديد الإضطراب وذلك وفقاً لأحدث نموذج تشخيصى فى المجال والذى يتمثل فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية DSM - IV الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى APA عام ١٩٩٤، إلى جانب العلاج المعرفى السلوكى للإضطراب، والفنيات العلاجية المعرفية السلوكية التى يمكن إستخدامها وذلك فى ضوء طبيعة الإضطراب مع تخطيط للبرنامج العلاجى الذى يمكن اللجوء إليه فى هذا الصدد، إضافة إلى دراسات علاجية حديثة أجريت فى الغالب خلال عقد التسعينيات المنصرم وذلك لكل إضطراب على حدة أتبعناها بتعليق عام عليها وعلى الفصل ككل وذلك حتى تعم الفائدة. إلا أننا قد آثرنا فى بعض الفصول الخروج على تلك النقاط وذلك فى الشكل فقط دون المضمون حتى لا يشعر القارئ بنوع من الملل.

هذا ويتناول الفصل الرابع إستخدام هذا المنحى العلاجى مع الإضطرابات الإكتئابية، ويتناول الفصل الخامس إستخدامه مع إضطرابات القلق ويتضمن ذلك إستخدامه مع إضطراب القلق العام، وإضطراب الهلع، وإضطراب إنعصاب مابعد الصدمة، والمخاوف المرضية بما تضمه من رهاب الخلاء أو الخوف من الأماكن الواسعة، والمخاوف الإجتماعية، والمخاوف النوعية، إلى جانب إضطراب الوسواس القهرى. فى حين يتناول الفصل السادس الآلام المزمنة وهى تلك الآلام الجسمية التى لا تعود إلى أى أساس عضوى وتعتبر بمثابة آلام هستيرية والتى تعد من التطبيقات الحديثة لهذا المنحى العلاجى. ويتناول الفصل السابع إضطراب صورة الجسم بما يتضمنه من إضطراب الإنشغال المرضى بشكل الجسم أو ما يطلق عليه تشوه صورة الجسم، وفقد الشهية العصبى، والشره العصبى، وإن كان هذان الإضطرابان الأخيران من إضطرابات الطعام فإن النموذج المعرفى لكل منهما يربطهما بصورة الجسم حيث يعد الإنشغال الرئيسى للفرد فيما يتعلق بهذين

الإضطرابين مرتبطاً بشكل الجسم ووزنه وصورته. أما الفصل الثامن فيتناول الإعاقات الجسمية الحسية، وباستثناء التخلف العقلى الذى أفردنا له فصلاً مستقلاً فلا توجد دراسات علاجية تنتمى إلى هذا المنحى العلاجى قد تناولته مع الإعاقة السمعية، فى حين توجد دراسات قليلة جداً إستخدمته مع الإعاقة البصرية. ويتناول الفصل التاسع إضطرابات الشخصية، وقد حاولنا خلال ذلك الفصل أن نوضح ما قد يكتنف علاج تلك الإضطرابات من عقبات، بينما يتناول الفصل العاشر الإضطرابات الذهانية والتى يعد إستخدام هذا المنحى العلاجى معها من التطبيقات الحديثة أيضاً، وهو نفس ما ينطبق على التخلف العقلى الذى يتناوله الفصل الحادى عشر والأخير.

وأدعو الله أن أكون قد وفقت فى عرضى لهذا الكتاب وإخراجه بالشكل الحالى، كما أدعوه سبحانه وتعالى أن أكون بهذا الكتاب قد أضفت جديداً إلى المكتبة العربية فى الصحة النفسية على وجه الخصوص، وفى علم النفس بصفة عامة، وأن يجد فيه الباحثون فى هذا المجال ضالتهم المنشودة.

والله من وراء القصد.

المؤلف

أ. د/ عادل عبد الله محمد

الزقازيق فى ديسمبر ١٩٩٩

رمضان ١٤٢٠

الباب الأول

☐ الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي ☐

الأسس النظرية للعلاج المعرفى السلوكى

يعتبر العلاج المعرفى السلوكى إتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفى بفنياته المتعددة والعلاج السلوكى بما يضمه من فنيات، ويعمد إلى التعامل مع الإضطرابات المختلفة من منظور ثلاثى الأبعاد إذ يتعامل معها معرفياً وإنفعالياً وسلوكياً بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفى أو الإنفعالى أو السلوكى. كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد فى ضوئها المسئولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة وإعتقادات لاعقلانية مختلة وظيفياً تعد هى المسئولة فى المقام الأول عن تلك الإضطرابات التى يعانى منها المريض وما يترتب عليها من ضيق وكرب. وبنفس المنطق يتحمل المريض مسئولية شخصية فى إحداث التغير العلاجى من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والإعتقادات اللاعقلانية وتعديلها وإستبدالها بأفكار وإعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية والتواؤمية.

ويعتمد هذا الإتجاه العلاجى على الإقناع الجدلى التعليمى بما يضمه من فنيات عديدة فى تقديم منطق العلاج وشرحه للمريض وإقناعه بضرورة الإلتزام فى العلاج وقيامه بالدور المناط به، وتوضيح العلاقة بين الأفكار المشوهة والإعتقادات اللاعقلانية من ناحية وبين مايعانى المريض منه سواء تمثل ذلك فى إضطرابات أو ما يترتب عليها من مشاعر سلبية تحد من أدائه الوظيفى فى مختلف المجالات، وتصبغ هذا الأداء الوظيفى بالخلل. ويتم مثل هذا الإقناع من خلال عملية تعليم وتعلم تستند فى المقام الأول على العلاقة العلاجية التى تنشأ بين المعالج والمريض ومدى القوة التى تتسم بها.

وتتمثل الأطر النظرية لهذا المنحى العلاجي فى تلك الأساليب التى قدمها كل من دونالد ميتشنبوم D. Meichenbaum وألبرت إليس A. Ellis وأرون بيك A. Beck وفيكتور رايمى V. Raimy إلا أن باترسون Patterson يرى أن ما فعله كل من ميتشنبوم ورايمى يعد بمثابة محاولة لم تكتمل فى سبيل الوصول إلى نظرية علاجية، ولكنهما مع ذلك قد قطعا شوطاً كبيراً بإتجاه النظرية المعرفية السلوكية فى العلاج. ولذا يرى ماهونى (١٩٨٨) Mahoney أنه منذ نهاية عقد الثمانينيات كاد الأمر يقتصر على وجود إتجاهين فقط يضمهما هذا المنحى العلاجى؛ يتمثل أولهما فى إتجاه إليس Ellis بينما يتمثل الإتجاه الثانى فى إتجاه بيك. Beck وقد عمل كلاهما على الدمج بين الإتجاهين المعرفى والسلوكى بشكل واضح لالبس فيه، وهو الأمر الذى دفع إليس Ellis إلى تغيير مسمى أسلوبه العلاجى فى عام ١٩٩٣ ليصبح العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى. وقد شهد هذان الإتجاهان تطورات عديدة حتى الوقت الحاضر، وظهرت فنيات كثيرة فى كل منهما، وكشفت نتائج العديد من الدراسات التى إستخدمت تلك الفنيات عن فعاليتها الفائقة فى هذا الصدد.

وعلى هذا الأساس يتناول الباب الحالى ثلاثة فصول نوضح هذه الأمور خلالها. فيتناول الفصل الأول العلاج المعرفى السلوكى بجوانبه ومكوناته وأركانه، ويتناول الفصل الثانى الأطر النظرية لهذا الأسلوب العلاجى وما يتضمنه من فنيات علاجية، فى حين يتناول الفصل الثالث التطورات الحديثة التى شهدها العلاج المعرفى السلوكى وذلك حتى تكتمل الصورة من الناحية النظرية إنتظاراً للباب الثانى بفصوله الثمانية وماتضمه من تطبيقات إكلينيكية حديثة لهذا المنحى العلاجى على مختلف الإضطرابات، وهو مايمثل الجانب التطبيقى المكمل للصورة النظرية التى يقدمها الباب الحالى..

* * *

الفصل الأول

العلاج المعرفى السلوكى.. المكونات والأركان

الإتجاه المعرفى السلوكى فى العلاج :

يعد العلاج المعرفى السلوكى من أشكال العلاج النفسى الحديثة نسبيًا، ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعانى لخبراته المتعددة. ويستند هذا النمط العلاجى على نموذج التشغيل المعرفى للمعلومات (العمليات العقلية) الذى يرى أنه خلال فترات التوتر النفسى يصبح تفكير الفرد أكثر جمودًا وأكثر تشويهًا، وتصبح أحكامه مطلقة ويسيطر عليها التعميم الزائد، كما تصبح المعتقدات الأساسية للفرد حول نفسه والعالم من حوله محددة بدرجة كبيرة. ويمثل العلاج المعرفى السلوكى فى هذا الإطار شكلاً من أشكال العلاج يتسم بالفاعلية والتنظيم، كما يتحدد أيضًا بوقت معين. وهو عملية تتسم بالتعاون الإمبيريقى بين المعالج والمريض فى سبيل دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف والتوافق، ونماذج تخيلاته، ونماذج التفكير لديه وفحصها إمبيريقيًا والتوصل إلى الإستجابات البديلة الأكثر فاعلية، كما يتم التعامل مع معتقدات العميل على أنها فروض تتم دراستها من خلال الفحص اللفظى والتجارب السلوكية. وتتحدد أهداف هذا النمط العلاجى فى تعليم المريض أن يصحح أداءاته المعرفية الخاطئة والمشوهة، وفى تغيير معتقداته المختلة وظيفيًا والتى تعرضه لخبرات مشوهة، أى أن تلك الأهداف تتمثل فى تصحيح التشغيل الخاطئ للمعلومات، وفى تعديل الأفكار والإعتقادات والإفتراضات المختلة وظيفيًا والتى تعمل على الإبقاء على أنماط السلوك والإنفعالات. ويستخدم هذا النمط العلاجى فى سبيل تحقيق تلك الأهداف استرتيجيات معرفية وسلوكية. ويتناول التغير الذى يحدث عددًا من الجوانب هى الجوانب المعرفية والسلوكية والإنفعالية حيث يقوم التغير المعرفى بإثارة التغير السلوكى مما يعمل على تكوين منظور جديد لدى الفرد يتم

تدعيمه وتعزيزه عن طريق ممارسة الفرد لأنماط سلوكية جديدة، ثم يحدث توسيع لهذا المنظور مدعمًا بالتغير الإنفعالى وذلك عندما يبدأ الفرد التفكير فى حلول بديلة إذ تلعب الإنفعالات دورًا هامًا فى حدوث التغير الإنفعالى حيث يصبح التعلم أكثر أهمية عندما تثار الإنفعالات.

ومن هذا المنطلق يعد الإضطراب النفسى بالنسبة للمعالج المعرفى السلوكى فى الأساس إضطرابًا فى التفكير حيث يقوم المريض بتحريف الواقع بطريقة مفرطة الحساسية، وتؤثر عمليات التفكير فى نظرة العميل نحو العالم، وينتج عنها إنفعالات مختلة وظيفيًا ومشكلات سلوكية، ومن ثم يحاول المعالج أن يقوم بتعديل سلوك المريض من خلال التأثير فى عمليات التفكير لديه وذلك بمساعدته على تعيين مفاهيمه الخاطئة، وتوقعاته غير الواقعية، إلى جانب إختبار مدى صدقها ومعقوليتها.

ويستمد هذا الأسلوب العلاجى جذوره من أعمال أرون بيك A. Beck فى الستينيات على مرضى الإكتئاب (١٩٦٣، ١٩٦٤، ١٩٦٧) وأعمال إليس Ellis منذ الخمسينيات. ومنذ ذلك الوقت والعلاج المعرفى السلوكى يلقى تأييداً إمبيريقياً لجوانب النظرية التى قدمها بيك وتطبيقاتها المتعددة وذلك على مدى واسع من التشخيصات الإكلينيكية، وعينات مختلفة من المرضى. وقد تزامنت مع هذه الأعمال أعمال إليس (١٩٦٢). ويركز كل من بيك وإليس Beck & Ellis على أفكار وإعتقادات المريض حيث يقوم العلاج المعرفى السلوكى عندهما على مبدأ هام يتمثل فى أن المعارف الخاطئة أو المشوهة هى التى تسبب الإضطرابات الإنفعالية والسلوكية، ويعتقدان أن الأفراد يمكن لهم على المستوى الشعورى أن يستخدموا المنطق. ويصور كلاهما الإفتراضات الأساسية للمريض على أنها أهداف للتدخل العلاجى، كما أنهما يستخدمان الحوار النشط مع المرضى بدلاً من أن يكونوا مستمعين سلبيين. وعلى الرغم من الإختلافات بين أسلوب كل منهما، حيث يركز بيك على الأفكار الأوتوماتيكية (التلقائية) فى حين يركز إليس على الأفكار

اللاعقلانية، فقد شاركا معاً فى وضع أسس العلاج المعرفى السلوكى الذى تأثر أيضاً بنظرية التعلم الإجتماعى لباندورا Bandura وقد كان ذلك واضحاً فى إستخدام فنيات مثل النمذجة ولعب الدور.

ويشير العلاج المعرفى السلوكى إلى مجموعة من المبادئ والإجراءات التى تشترك فى إفتراض أن العمليات المعرفية تؤثر فى السلوك، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية. ويختلف هذا الأسلوب العلاجى عن علاج الإستبصار التقليدى فى أن معارف الـ (هنا والآن) النوعية تكون هى الهدف فى التغيير من خلال إجراءات نوعية أكثر من التأكيد على الماضى كسبب للصعوبات الحالية. وتشتمل المعارف على الإعتقادات ونظم الإعتقادات، والتفكير والتخيلات. وتشتمل العمليات المعرفية على طرق تقييم وتنظيم المعلومات عن البيئة والذات، وطرق تعلم تلك المعلومات للتغلب على المشاكل أو حل المشكلات، وطرق التنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقييمها.

وجدير بالذكر أن هناك مجموعة من المبادئ تمثل أساس الإتجاه المعرفى السلوكى فى العلاج تتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية وما يرتبط بكل منها من جوانب. وتتمثل تلك المبادئ فيما يلى:

١ ـ أن العميل والمعالج يعملان معاً فى تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.

٢ ـ أن المعرفة لها دوراً أساسياً فى معظم التعلم الإنسانى.

٣ ـ أن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سببى.

٤ ـ أن الإتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دوراً أساسياً فى إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.

٥ ـ أن العمليات المعرفية تندمج معاً فى نماذج سلوكية.

هذا ويمثل العلاج المعرفى السلوكى عند بيك Beck والعلاج العقلانى الإنفعالى

السلوكى عند إليس Ellis إئتلافاً بين المناهج السلوكية والمناهج المعرفية إذ أن العلاج المعرفى لديهما هو أسلوب علاجى يحاول تعديل السلوك لدى المريض من خلال التأثير فى عمليات التفكير حيث يؤدى تغيير المعارف إلى تغيير فى السلوك. وفى الوقت ذاته ينتج عن تغيير السلوك تغيير فى المعارف، وبالتالى فالعلاج المعرفى عند تأكيده على الدور السببى للتفكير فى حدوث الإنفعالات والسلوك لم يغفل دور تغيير السلوك فى تغيير الإنفعالات والتفكير. وعلى هذا فهو يستند إلى النظرية المعرفية إستناده إلى أساليب تعديل السلوك.

وفى عام ١٩٧٠ أصدر بيك كتاباً بعنوان «العلاج المعرفى: طبيعته وعلاقته بالعلاج السلوكى» Cognitive Therapy: Nature and relation to Behavior Therapy أوضح فيه كيفية تغيير المعارف والأفكار من خلال نماذج إشتراطية، وهو ما يعتبر بمثابة إستراتيجيات سلوكية. كما أوضح أيضًا الدور التوسطى mediating للمعارف فى الخبرات الإنسانية. وخلال عقد السبعينيات تزايد الإهتمام بهذا الإتجاه العلاجى، وتزامن ذلك مع أعمال ألبرت إليس A. Ellis ومايكل ماهونى M. Mahoney ومارفين جولد فرايد M. Goldfried وأرنولد لازاروس A. Lazarus ودونالد ميتشنبوم D. Meichenbaum وأصبح إتجاه بيك فى العلاج المعرفى السلوكى أحد ثلاثة نماذج أساسية لها الريادة فى هذا المجال، حيث يتمثل الإتجاهان الآخران فى إتجاه إليس فى العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى، وإتجاه ميتشنبوم الذى يعرف بالتعديل المعرفى للسلوك Cognitive behavior modification. إلا أن باترسون Patterson يرى فى نقده لنظرية ميتشنبوم أنها مجرد بداية ناجحة لمحاولة لم تكتمل بعد فى المستوى التنظيرى والمستوى التطبيقى، ولكنه مع ذلك إنتقل خطوة للأمام من ذلك الموقف الذى تتبناه مدرسة العلاج السلوكى فى تفسيرها للسلوك وفى علاجها لهذا السلوك. أما فيما يتعلق بالعمليات التى يستخدمها فى سبيل تعديل السلوك فهو لم يلجأ إلى أى تصور لعمليات أخرى غير أحاديث الذات.

وعمل بيك وزملاؤه خلال السبعينيات على توسيع مجال إهتمامهم بدراسة الإضطرابات المختلفة فبدأوا بدراسة إضطراب القلق، وإستمر ذلك خلال الثمانينيات. وفى عام ١٩٧٩ عرض بيك فى كتابه «العلاج المعرفى للإكتئاب» Cognitive Therapy of depression التداخل والتفاعل بين الفنيات العلاجية المعرفية والسلوكية بغرض تحقيق ما يلى:

١ ـ ملاحظة وتحديد الأفكار الأوتوماتيكية (التلقائية) السلبية.

٢ ـ التعرف على العلاقة بين المعرفة والإنفعال والسلوك.

٣ ـ التحقق من مدى صحة الأدلة المتاحة حول الأفكار الأوتوماتيكية المشوهة سواء كانت معها أو ضدها.

٤ ـ وضع تفسيرات للمعارف المنحازة تتسم بتوجهها نحو الواقع.

٥ ـ تعليم المريض كيف يقوم بتحديد الإعتقادات المختلة وظيفياً والتى تؤدى به إلى تشويه الخبرة.

وخلال الثمانينيات تزايدت البحوث والدراسات التى تناولت هذا الإتجاه بدرجة كبيرة، وتناولت مدى أكبر من الإضطرابات. وأيدت الدراسات الإمبيريقية المسلمات التى طرحت من خلال النظرية والتى تتعلق بزيادة المعارف السلبية حول الذات وزيادة اليأس والشعور بالخسارة والضياع فى الإكتئاب. ونظراً لأن هذا الإتجاه قد إهتم فى البداية بعلاج الإكتئاب فإن معظم الدراسات المبكرة فى هذا الإتجاه قد إهتمت بعلاج مرضى الإكتئاب المترددين على العيادات الخارجية بالمستشفيات. ووجد دوبسون (١٩٨٩) Dobson عند تحليله للعديد من الدراسات التى قارنت بين العلاج المعرفى السلوكى وغيره من أنواع العلاج الأخرى أن من أهم ما توصلت إليه تلك الدراسات من نتائج قد تمثل فى أن العلاج المعرفى السلوكى يعد هو أفضل أنواع العلاج المستخدمة من حيث نتائجه بالنسبة للمرضى متفوقاً فى ذلك على العلاج السلوكى والعلاج التحليلى. وعند المقارنة بينه وبين

العلاج بالعقاقير الطبية المضادة للإكتئاب أوضحت نتائج بعض الدراسات أن العلاج المعرفى السلوكى هو الأكثر فاعلية، فى حين أوضحت نتائج دراسات أخرى أنه يتساوى فى فاعليته مع العلاج بالعقاقير.

وكانت النتيجة التى توصلت إليها البحوث فى الثمانينيات أن العلاج المعرفى السلوكى له فاعليته فى علاج الإكتئاب سواء البسيط أو المتوسط (حيث كان يتم النظر إليه كذلك، ولم يبدأ علاج الإكتئاب الحاد فى ضوء هذا الإتجاه إلاخلال التسعينيات) والتى تفوق فاعلية العلاج بالعقاقير. وهى نفس النتيجة التى توصل إليها هاجا وآخرون (١٩٩١) Haaga et. al ووجد إيفانز وآخرون (١٩٩٢) Evans et. al أن العلاج المعرفى السلوكى له آثار طويلة المدى بشكل يفوق العلاج بالعقاقير. كما وجد شيا وآخرون (١٩٩٢) Shea et. al أن المرضى الذين كانوا يخضعون للعلاج المعرفى السلوكى قياساً بأقرانهم الذين كانوا يتلقون العلاج بالعقاقير حتى فى حالة الإكتئاب الحاد كانوا أقل عرضة للإنتكاسة، إلا أن العلاج بالعقاقير يعمل على تعزيز فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى حالة الإضطراب الإكتئابى الحاد.

وإذا ما كان هذا الأسلوب العلاجى يهتم بالأفكار والإعتقادات المختلة وظيفياً فإن هناك نمطين للإختلال الوظيفى المعرفى يتمثل الأول منهما فى إختلال الأداء المعرفى أو العمليات المعرفية وهو ما يتضمن تلك المشكلات التى تعوق الأداء المعرفى، بينما يتمثل النمط الآخر فى إختلال المحتوى المعرفى وهو ما يتناول التشويهات المعرفية. وفى تناول النمط الأول يعتبر أسلوب التدريب على التعليم الذاتى هو الأفضل، ويعد ميتشنبوم Meichenbaum من أبرز أنصاره، ويقوم نموذجه على إستدخال مجموعة من التعليمات الذاتية التى تحل محل الأفكار اللاتواؤمية. أما النموذج الثانى والذى يهتم بمحتوى الأفكار والإعتقادات فيعمل على أن يوضح للعميل محتوى أفكاره المشوهة أولاً، ويعد كلاً من بيك وإليس من أبرز أنصاره.

يرى إليس Ellis فى حديثه مع بداية عقد التسعينيات عن أساسيات أو أسس وقواعد العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى التى تتفق مع ذلك العقد أنها لا تختلف فى جوهرها عن تلك التى وضعها منذ البداية لذلك الإتجاه العلاجى على الرغم من وجود بعض الإختلافات التى لا تمثل فى مجملها قدراً كبيراً، وقد تضمن ذلك ما قام به عام ١٩٩٣ بإضافة مصطلح «السلوكى» إلى مسمى أسلوبه العلاجى ليصبح إسمه «العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى».

وفيما يتعلق بأسباب الإضطراب الإنفعالى يرى أنها تجمع بين المصادر المعرفية والإنفعالية والسلوكية والتى لا تنبع من المعارف أو التفكير فحسب ولكنها تتأثر بها بدرجة كبيرة أيضاً. وإلى جانب ذلك يرى أن سلوكيات الأفراد تتأثر بالتفاعل بين إستعداداتهم الفطرية والوسط الإجتماعى الخارجى الذى يعيشون فيه، ومن ثم فهى تتأثر ببيئاتهم الإجتماعية والمادية. كما أنهم نادراً مايخبرون أفكاراً خالصة Pure أو إنفعالات خالصة أو سلوكيات خالصة، ولكنهم يخبرون حالة معقدة من التفاعل الإنسانى بين هذه المتغيرات الثلاثة. وعلى ذلك يعد الفرد مسئولاً بدرجة كبيرة عما يلحق به من إضطرابات إنفعالية حيث يقوم من الناحية الشعورية أو اللاشعورية وذلك بشكل واضح بإختيار أن تضطرب نفسه. وإذا كان الأمر كذلك يصبح بإمكانه ألا يسبب الإضطراب لنفسه، وأن يحقق ذاته وذلك إذا ما أبدى تفضيلاً قوياً لتحقيق الإنجاز والموافقة والراحة، ولكنه فى ذات الوقت إذا ما قام بوضع مثل هذه التفضيلات فى صورة واجبات مطلقة absolute musts فإنه يعود بنفسه مرة أخرى إلى الإضطراب.

وينظر إليس إلى الإضطراب الإنفعالى من خلال نموذجه الذى قدمه فى هذا الصدد والمعروف بنموذج ABC والذى يرى فيه أن هناك أحداثاً منشطة (A) تعوق رغبة الفرد فى تحقيق النجاح والحب والراحة، أو تهدد تحقيق تلك الأهداف. ومن ثم تميل إلى تحقيق نتائج (C) معرفية وإنفعالية وسلوكية تتعلق بها أى بتلك

الأحداث المنشطة. ومن هذا المنطلق يخبر الفرد مشاعر قلق أو مشاعر إكتئابية هازمة للذات، وغير ذلك من السلوكيات المختلة وظيفياً كالإنسحاب والإندفاعات على سبيل المثال. وجدير بالذكر أن مثل هذه النتائج (C) المدمرة للذات تتكون إلى حد كبير بسبب ما يسود من إعتقادات (B) لدى الفرد. وتضم إعتقادات الفرد إعتقادات عقلانية (rBs) تعد بمثابة تفضيلات ورغبات من جانبه، وإعتقادات لاعقلانية (iBs) عبارة عن واجبات ومطالب دوجماتيقية مطلقة. وبذلك عندما تحدث للفرد بعض الأشياء غير المرغوبة كالفشل والرفض عند النقطة (A) ويختار الفرد الإعتقادات العقلانية عند النقطة (B) مثل (أنا لا أحب الفشل ولا أحب أن أكون مرفوضاً أو منبوذاً من الآخرين، ولكن إذا حدث ذلك فلن يكون هذا الأمر هو نهاية العالم حيث سأظل أجد أن بإمكانى أن أحقق قدراً ما من السعادة)، فسوف يدفعه هذا بدوره إلى أن يخبر المشاعر الصحية فيشعر بالأسف أو خيبة الأمل من جراء ذلك ويعمل بالتالى على تغيير ما يحدث عند (A). أما إذا إختار الإعتقادات اللاعقلانية عند (B) فيقول مثلاً (لا ينبغى لى مطلقاً أن أفشل أو أن يرفضنى الآخرون، وإذا حدث ذلك فسوف يكون شيئاً مزعجاً جداً لى، وسأكون شخصاً غير محبوب وغير كفء)، وسوف يخبر مشاعر غير صحية وهازمة للذات فيشعر بالقلق أو الإكتئاب أو كراهية الذات. وبذلك نلاحظ أنه إذا إختار الفرد الإعتقادات العقلانية عند (B) فإنه سوف يخبر مشاعر صحية كالأسف والندم والإحباط وعدم الراحة، ولكنه لن يخبر بأى حال من الأحوال مشاعر غير صحية أو سلوكيات عصابية حيث يخبرها فقط إذا إختار الإعتقادات اللاعقلانية عند (B). أما إذا إختار مشاعر وسلوكيات مدمرة عند تلك النقطة فإن ذلك يؤدى إلى حدوث نتائج ثانوية (Cs) تتعلق بالنتائج الأولية. فحينما يخبر الفرد الهلع مثلاً يعتقد بأنه «لايجب أن يشعر بالهلع» أو أنه «ليس هو الفرد الجيد أو الخيّر الذى ينبغى أن يكونه وذلك بسبب شعوره بالهلع»، وبالتالى يشعر بهلع حول الهلع الذى يخبره.

وبذلك يبدو أن هذا النموذج يعد سهلاً ويمكن شرحه بسهولة لأولئك الأفراد الذين يخبرون إضطرابات إنفعالية ويريدون أن يضعوا نهاية لمثل هذه الإضطرابات إذ نجد ببساطة أن ما يشعرون به من إضطرابات يرجع إلى الأحداث المنشطة (A) التى يتم إدراكها والتفكير فيها، وبالتالى تتطور بعض الإعتقادات (B) حولها، وتتأثر تلك الإعتقادات بنتائج سابقة تتعلق بها وتتضمن سلوكيات وإنفعالات، ويترتب على تلك الإعتقادات نتائج (C) معينة تتمثل فيما يشعرون به من إضطرابات. كما تتأثر الإعتقادات أيضاً بكل من الأحداث المنشطة سواء كانت فى الماضى أو الحاضر، والنتائج وخاصة الإنفعالات. وبنفس الطريقة تتأثر النتائج بكل من الأحداث المنشطة والإعتقادات. ويرى إليس (١٩٩١) أن المعارف والإنفعالات والسلوكيات لا توجد بشكل مستقل، ولكنها تتداخل معاً وتتفاعل مع بعضها البعض ويتأثر كل منها بالآخر ويؤثر فيه.

ومن الجدير بالذكر أنه إذا كان حدث منشط معين من جانب أحد الأفراد عند (A) يؤدى إلى تكوين إعتقاد معين لدى فرد آخر عند (B)، ومن ثم يخبر هذا الفرد الآخر نتائج سلبية معينة عند (C)، فإن مثل هذا النتائج قد تعمل كحدث منشط لدى الفرد الأول يسهم فى تكوين إعتقادات معينة من جانبه تؤدى بدورها إلى نتائج معينة قد تعمل كمثير للفرد الثانى، وهكذا يمكن أن يتم التفاعل فى هذا الإطار والذى يمكن أن يؤدى إلى حدوث إضطراب معين وأن يخبر كلاهما الإضطراب من هذا المنطلق. أما إذا كانت الإعتقادات التى تتكون ويخبرها الفرد عند (B) تعتبر إعتقادات عقلانية فإن كلاهما قد يشعر بمشاعر سلبية صحية كما أوضحنا من قبل. ويساعد مثل هذا التصور على فهم الكيفية التى يمكن أن يؤثر بها الأفراد فى أنفسهم وذلك من خلال إستخدامنا لنموذج ABC الذى يتضمن أفكارهم وإنفعالاتهم وسلوكياتهم إلى جانب معرفة الكيفية التى يؤثرون بها فى بعضهم البعض، وكيف يؤثرون فى النسق الذى يعيشون فيه، وكيف يؤثر فيهم مثل هذا النسق.

ويتمثل الفرق بين العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى كأحد نماذج العلاج المعرفى السلوكى وبين غيره من الأساليب العلاجية الأخرى فى أنه يميز بوضوح بين معايير الأفراد وأهدافهم وقيمهم ويميزها عن جملة المطالب musts التى تتعلق بها. وبسبب قابلية الفرد الفطرية للتعلم فإنه يتعلم تلك القيم والمعايير السائدة فى الأسرة وغيرها من الجماعات أو المؤسسات الأخرى التى تلعب دوراً هاماً فى عملية التنشئة الاجتماعية. وأثناء عملية التنشئة تلك يتعلم الفرد أن هناك أشياء مرغوبة يثاب إذا إلتزم بها ويعاقب إذا حدث العكس ولم يلتزم بها. كما أنه يتعلم أيضاً أن يحدد لنفسه أهدافاً معينة يعمل على تحقيقها كأن يكون طبيباً مثلاً وليس مهندساً وهى ما تعد بمثابة تفضيلات وليست واجبات مطلقة. ومن ناحية أخرى فإن الفرد يتعلم الواجبات المطلقة من والديه وأقرانه ومعلميه والثقافة التى ينتمى إليها، ولكنه يعتقد بشكل خاطئ أنها ليست شرطية وإن كانت فى جوهرها شرطية إذ نجد مثلاً أن الوالدين كثيراً ما يرددون للطفل أنه يجب أن يؤدى واجباته بشكل جيد وإلا فسوف يفشل فى المدرسة، وينتج عن ذلك أن الطفل يظن أنه إذا لم يؤد تلك الواجبات بهذا الشكل الجيد فإنه سوف يكون فاشلاً وشخصاً سيئاً، وسوف لاينال الإحترام والتقدير من جانب الآخرين. كذلك فإن الفرد نفسه قد يسهم فى تكوين مثل هذه المطالب أو الواجبات المطلقة عن طريق تغيير بعض الرغبات أو التفضيلات وتحويلها إلى مطالب مطلقة.

وقد وجد إليس أن الأفكار اللاعقلانية التى عرض لها منذ البداية والتى خرج بها من دراسته للعديد من المرضى الذين كانوا يترددون عليه أنها يمكن أن تندرج تحت ثلاث فئات رئيسية تتعلق الأولى بالذات، والثانية بالآخرين، والثالثة بالظروف وذلك كالتالى:

١ ـ يجب أن يكون أدائى جيداً وأن أنال موافقة الآخرين ورضاهم وإلا فسوف أكون غير كفء ولاقيمة أو جدوى لى.

٢ ـ يجب أن يتسم الآخرون تحت كل الظروف وفى كل الأوقات بالعدل وأن يكونوا ودودين فى تعاملهم معى وإلا فسوف يكونوا مصدر إزعاج لى.

٣ ـ يجب أن تكون الظروف التى أحيا فيها مريحة ومناسبة وتوفر لى الأمان وإلا فسوف يكون العالم مزعجاً ولا يمكننى أن أحتمله وستصبح الحياة لاتستحق أن نحياها.

وجدير بالذكر أن العلاجات المعرفية السلوكية الأخرى كالأسلوب العلاجى عند بيك ومثيله عند ميتشنبوم قد قبلت مثل هذه الواجبات المطلقة والأفكار اللاعقلانية وإعتبرتها هى التى تسبب الإضطراب. ولكن تلك الأساليب العلاجية لم تعتبر أن هذه الواجبات ـ على العكس من وجهة نظر إليس ـ هى الأساس فى حدوث الإضطراب. كما أنهم لم يعتبروا أن الإستنتاجات المضللة والعزو والتعميم الزائد والتى تعتبر جميعها لاعقلانية تشتق من مثل هذه الواجبات، بل يرون أنها يمكن أن توجد بعيداً أو بمعزل عن تلك الواجبات.

وفى ضوء هذا الأسلوب العلاجى نلاحظ أنه إذا كان الفرد مضطرباً إنفعالياً بسبب إستنتاجاته الخاطئة والعزو الخاطئ من جانبه فإن تلك الإستنتاجات وذلك العزو يتم إشتقاقهما من تلك الواجبات الدوجماتيقية المطلقة ويكونا ثانويين لها. وبذلك يعتمد العلاج المعرفى السلوكى على تعليم المرضى القيام بتفنيد مثل هذه الإستنتاجات والأفكار والإعتقادات اللاعقلانية.

وجدير بالذكر أنه حينما يدين الفرد نفسه بسبب عدم قدرته على تحقيق النجاح وعلى عدم قدرته على أن يحوز على موافقة الآخرين فإنه يحط من قدر نفسه ولايقتصر الأمر على مجرد إدانته لنفسه على ذلك الأداء السيء أو المستوى المتدنى من الأداء الذى يحققه، ومن ثم يحدث إضطراب الأنا ego disturbance وهذا يدفعه إلى أن يرى وذلك بشكل مدمر للذات أنه يجب على الآخرين وجوباً مطلقاً أن يفعلوا ما يفضل هو لهم أن يفعلوه وأن تكون الظروف كما يفضل هو مما يدفع به إلى الإزعاج وعدم الراحة وإنخفاض مستوى قدرته على مواجهة الإحباط وهو

الأمر الذى يدفع به بكل تأكيد إلى براثن المشكلات العصابية الحادة. ومن هذا المنطلق يتعرض الفرد للخوف المرضى حيث يقتنع بشدة أنه من المزعج جداً ومن الخطر بالنسبة له أن يقود سيارته فوق أحد الكبارى على سبيل المثال مما يخفض من مستوى قدرته على مواجهة الإحباط الناتج عن تلك الكبارى أو الجسور، وهو الأمر الذى قد يدفع به إلى الحط من قيمة نفسه، فينشأ لديه إضطراب الأنا حيث يرى أنه لا يجب أن يخاف من تلك الكبارى، ومن ثم يرى نفسه على أنه شخص ضعيف وجبان، وهو ما يؤدى إلى ظهور إضطراب ثانوى لديه حيث يرى أن حياته تصبح شيئاً لا يطاق وذلك عندما يحاول أن يتجنب الكبارى، وعندما يكره نفسه بسبب مثل هذه المخاوف المرضية مما يدفع به ثانية إلى أن يرى نفسه ضعيفاً وعاجزاً.

ويرى إليس Ellis أن العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى يعد أسلوباً علمياً من الناحيتين النظرية والتطبيقية في تناوله للإضطرابات المختلفة وإن كان قد تبع الإيجابية المنطقية منذ بدايته وذلك بشكل يكتنفه الخطأ، ولكنه حاول منذ منتصف السبعينيات أن ينتهج الواقعية الناقدة Critical كما يرى ماهونى (١٩٩١) Mahoney التى تركز على نظريات التقييم الناقد والتى تعتمد على تعليم الفرد أن يثبت زيف ما يتعرض له وذلك بدلاً من أن يحاول إثبات صحته أو صدقه. ونظراً لأن العلم يتطلب التفتح الذهنى ويقوم على الفرضيات فقد مال هذا المنحى العلاجى إلى أن يكون مرادفاً للمنهج العلمى. ومن هذا المنطلق يرى إليس أنه إذا كان العلم الحديث يتسم بوجود ثلاثة جوانب أو مظاهر تتمثل فيما يلى:

١ ـ المراجعة المستمرة للنظريات فى ضوء الواقع والنظرة الإمبيريقية حتى يتم التأكد من مدى ملاءمتها للظروف الجديدة والمستحدثات المختلفة.

٢ ـ إستخدام المنطق للتأكد مما إذا كانت النظريات الموجودة لاتزال تتسق مع ماتقوم عليه من ثوابت أم أنها قد أصبحت تتعارض مع نظريات أخرى حديثة تعد هى الأفضل نظراً لأنها قد ظهرت فى ضوء الظروف الجديدة.

٣ ـ الإبتعاد عن الدوجماتيقية أو التزمت وعدم المرونة والتى يتم فى ضوئها النظر لأى نظرية على أنها صحيحة تماماً تحت كل الظروف وفى جميع الأوقات، ومن ثم يتسم بالبحث الدائم عن النظريات العملية البديلة التى تعد هى الأفضل.

وإذا كان الأمر كذلك فإنه يرى أن الأفراد لو إتبعوا هذا المنهج العلمى فى حياتهم فإنهم سوف يبتعدون تماماً عن المطالب الدوجماتيقية المطلقة حيث سيدركون فى ذلك الوقت أنهم إذا لم يسيروا على هذا النحو فإن أسلوبهم الذى سوف يتبعونه سوف لا يكون علمياً. وعندما يسيرون على ذلك النهج العلمى فسوف يكون من اليسير بالنسبة لهم أن يواجهوا أى مشكلة تعترض حياتهم وأن يقوموا بتفنيد الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية التى قد تتبادر إلى أذهانهم وذلك بشكل إمبيريقى ومنطقى، وهو الأمر الذى يتم تدريبهم عليه خلال العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى إذ يفترض هذا المنحى العلاجى أن غالبية الإضطرابات الإنفعالية ترتبط تمام الإرتباط بنمط غير علمى من التفكير يتسم بأنه مطلق ويبتعد تماماً عن المرونة. وإلى جانب ذلك يتم النظر إلى العناصر الأساسية للصحة النفسية فى إطار ذلك المنحى العلاجى على أنها تتمثل فى المرونة، والتفتح الذهنى، والتفكير البديل alternative thinking. ومن ثم فإن نظرية العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى الإضطراب العصابى تتسق تماماً مع المناهج العلمية الحديثة.

ومن ناحية أخرى يحدد إليس ثلاثة أنواع من المعارف يقوم النوع الأول منها على مجرد وصف الشيء على أنه غير مناسب مثلاً، ويطلق على هذا النوع من المعارف إسم «المعارف الباردة» Cool أما النوع الثانى فهو يتجاوز ذلك ويصل إلى حد التقييم الذى يتعلق بذلك الشيء، ويحدد الفرد خلاله أنه لايحب ذلك الشيء غير المناسب. ويطلق على هذا النوع من المعارف إسم «المعارف الدافئة» Warm. أما النوع الثالث فيتجاوز النوع الثانى إذ يتجاوز مجرد الرغبة إلى تحديد موقف وإتخاذ قرار تجاه ذلك الشيء غير المناسب فيقرر الفرد أنه يحب التخلص من ذلك الشيء غير المناسب فى الحال بل والتخلص من كل الأشياء التى تشبهه، ويطلق

على هذا النوع من المعارف إسم «المعارف الساخنة» hot. ويرى إليس Ellis (١٩٨٨) أن الأفكار الهازمة للذات والتى يتعرض لها الفرد غالباً ما تكون من هذه النوعية الأخيرة التى تعرف بالمعارف الساخنة والتى يمكن تحويلها كخطوة فى سبيل العلاج إلى معارف تفضيلية دافئة كأن يقول الفرد مثلاً «أنا أحب النجاح ولكن يمكن أن أقبل الفشل وأتعلم منه ومع ذلك أظل سعيداً فى حياتى». وعلى الرغم من ذلك تظل هناك بعض المعارف الساخنة التى تحمل بعض التعارض فيها مثل «يجب أن أنجح، ويجب ألا أفشل، ولكن إذا فشلت فسوف أشعر باليأس»، وتعد مثل هذه المعارف بمثابة إعتقادات لاعقلانية فى حين تعتبر المعارف الدافئة بمثابة إعتقادات عقلانية. وإذا إعتنق الفرد المعارف أو الإعتقادات اللاعقلانية فإنه يعرض نفسه بذلك للإضطراب بكل تأكيد، أما إذا إعتنق المعارف أو الإعتقادات العقلانية فإنه يقلل من فرص التعرض للإضطراب من ناحية، وقد يتخلص من الإضطراب الموجود من ناحية أخرى.

ويؤكد العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى أن الأفراد يعتنقون إعتقادات عقلانية أو إعتقادات لاعقلانية وذلك بشكل محدود القوة أو بشكل قوى. كما أنه يفترض أن الفرد إذا قام بشكل ضعيف بتفنيد إعتقاداته اللاعقلانية وقام بتصحيحها وتغييرها بنفس الطريقة إلى إعتقادات عقلانية فإنه غالباً ما يظل يتعرض لتلك الإعتقادات اللاعقلانية، ومن ثم يعانى بشكل بسيط من إضطرابات إنفعالية سلوكية. ولذلك فقد تم إبتكار عدد من الفنيات العلاجية القوية والإنفعالية إلى جانب أساليب أخرى تعتمد على القوة والحماس، وأساليب معرفية وأخرى سلوكية يتم إستخدامها خلال هذا الأسلوب العلاجى مثل جمل المواجهة العقلانية والتى يمكن تعليمها للفرد أو تسجيلها على شريط كاسيت بحيث يرددها الفرد ويواجه بها أفكاره اللاعقلانية، وهو مايسهم فى تحقيق الأثر المعرفى (E)، وتدوين العيوب أو المساوئ التى قد يلاحظها الفرد فى سلوكياته أو عاداته التى يعتبرها سيئة، إلى جانب ترديد تلك العيوب عدة مرات يومياً، ونمذجة السلوكيات الجيدة، وصرف أو تشتيت الإنتباه والتى يمكن لنا أن نستخدم خلالها التغذية الرجعية الحيوية

والإسترخاء، وتفنيد الإعتقادات الخاطئة، والواجبات المنزلية، وإعادة التشكيل والذى يرى أن المواقف أو الأشياء التى يراها الفرد على أنها مزعجة تتضمن بالقطع نقاطاً إيجابية وهو ما يجب أن نضعه فى إعتبارنا وأن ننظر للشىء من هذا المنظور وإلى جانب ذلك يتم إستخدام فنيات معرفية كالتدريب على مواجهة الخجل، والتخيل العقلانى الإنفعالى الذى يتم من خلاله تغيير المشاعر السلبية غير الصحية إلى مشاعر سلبية صحية. كما يستخدم الحوار الذاتى Self - dialogue الذى يقوم خلاله المريض بتسجيل إعتقاداته اللاعقلانية على شريط كاسيت، ويعمل من جانب آخر على تسجيل ذلك التفنيد الذى يقوم به لتلك الإعتقادات ويقوم بالإستماع إليه باستمرار ويدع الآخرين يستمعون إليه أيضاً، ويحدد ما إذا كان ذلك مقنعاً أم لا. هذا إلى جانب الإهتمام بالعلاقات الشخصية والأسرية وهو ذلك الجانب الذى يخبر فيه الكثيرون مشكلات متعددة فيتناول هذا الأسلوب تلك المشكلات، ويعمل على تعليم المرضى كيف يقيمون علاقات طيبة مع الآخرين. ويعتمد أيضاً فى هذا الإطار على فنية لعب الدور وذلك بأن يجعل أحد أصدقاء المريض يلعب دوره ويقوم هو أى المريض بتفنيد الإعتقادات، وإلى جانب ذلك يتم لعب الدور العكسى بين المعالج والمريض. أما الفنيات السلوكية التى يتم اللجوء إليها فى العلاج فتتضمن فقد الحساسية المنظم، والتعريض ومنع الإستجابة، والتعزيز خاصة عندما يقوم المريض بأداء الواجبات المنزلية التى يكون مطلوباً منه أن يؤديها. كما يتم أيضاً التدريب على المهارات سواء فى مجال الأسرة أو العمل أو المدرسة أو النسق الإجتماعى، والتدريب على حل المشكلات.

هذا ويؤكد العلاج المعرفى السلوكى على تحقيق الذات Self - actualization وذلك من خلال جانبين أساسيين يتمثل الأول فى مساعدة المريض فى التغلب على إضطراباته المعرفية الإنفعالية السلوكية بما يساعده على أن يقوم بشكل فعال بالبحث عن تحقيق ذاته وترتيب الأمور لذلك. وحتى يتسنى تحقيق هذا الهدف يعمل هذا المنحى العلاجى على مساعدة المريض أن يعمل فى سبيل تحقيق مايلى:

١ ـ الإختيار الفعال لأساليب تحقيق الذات التى يتم إنتقاؤها بشكل فردى.

٢ ـ تفضيل القيام بحل تلك المشكلات المتعلقة بتحقيق الذات.

٣ ـ التقبل غير المشروط للذات وللآخرين.

٤ ـ التغلب على ماقد يبدر من المريض من تأجيل أو تسويف (مماطلة) وإنخفاض القدرة على مقاومة الإحباط.

٥ ـ النظر إلى تحقيق الذات على أنه مشكلة تتعلق بالنسق يمكن تصورها وإعادة تصورها.

٦ ـ التحرك من (إما ـ أو) إلى (و ـ أيضاً) وذلك عن طريق تقبل الغموض والتناقص وعدم الإتساق فى الأفكار، ثم محاولة دفعها نحو تكوين كل متكامل.

أما الجانب الآخر الذى يستند إليه هذا المنحى العلاجى فى تحقيقه للذات فيتمثل فى تحقيق الفاعلية من جانب المريض والتى تتمثل بدايتها فى التقبل الإيجابى غير المشروط له من جانب المعالج وتشجيعه على فقد الحساسية المنظم فى المواقف الفعلية. ومن هذا المنطلق يتم إستخدام الأساليب الموجهة نحو تحقيق الفاعلية efficiency - oriented methods وذلك بغرض تدعيم إقامة العلاقات الإيجابية، والمساندة، وفقد الحساسية، وغير ذلك من الأساليب التقليدية الفاعلة شائعة الإستخدام. وعلى ذلك يتم إستبعاد تلك الأساليب غير الفعالة مثل التداعى الحر، وتحليل الأحلام، والتفسيرات التفضيلية للتاريخ الماضى للفرد. ويقصد بالفاعلية efficiency فى هذا الصدد تلك الممارسات العلاجية التى يتم إستخدامها بغرض التوصل بسرعة إلى مشكلات المريض الأساسية وتعليمه خلال عدد قليل من الجلسات كيف يبدأ العمل على مواجهة تلك المشكلات وخفض حدتها والتخلص منها، وهو ما يمثل نسقاً يوضح للمريض كيف يمكنه أن يحقق بشكل سريع ما يهدف إليه هذا المنحى العلاجى من تغير مرغوب فيه.

ويعد العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى هذا الإطار نسقاً فردياً يعطى مزيداً من الإهتمام للبناء الفردى أو الذاتى للفرد حتى خلال طفولته المبكرة. ويبدو ذلك واضحاً من خلال تلك الفنية التى قدمها جيفرى يونج (١٩٩٠) J. Jung والتى تعرف بإسم العلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول البنية المعرفية والذى سنعرض له بعد ذلك. ويصور هذا المنحى العلاجى الفرد على أنه يعيش وسط جماعة إجتماعية معينة ويعمل على تشرب معاييرها الإجتماعية والقيم السائدة فيها، ولكنه يقوم بعد ذلك بتحويلها إلى مطالب مطلقة متصلبة وتبتعد تماماً عن المرونة ومن ثم تؤدى إلى شعوره بالإضطراب.

العلاقة العلاجية

يعتمد العلاج المعرفى السلوكى فى الأساس على مايعرف بالعلاقة العلاجية بين المعالج والمريض، وهى العلاقة التى تلعب دوراً أساسياً فى العلاج، ويشترط فيها فى ضوء هذا الأسلوب العلاجى أن تكون تعاونية. وتشير العلاقة العلاجية إلى تلك الإرتباطات والتعلقات المعقدة التى تنشأ بين المعالج والمريض، والفهم المشترك الذى ينشأ بينهما، والأنشطة التى يتم أداؤها من جانب كلا الطرفين والتى تهدف إلى قيام المعالج بتقديم المساعدة للمريض حتى يتمكن من مواجهة مشكلاته النفسية وخفض حدتها أو التخلص منها. وفى هذا الإطار تتضمن العلاقة العلاجية ثلاثة مكونات أساسية كالتالى:

١ ـ **الإتفاقات**: وهى ماتشير إلى تلك الإرتباطات بين الشخصية التى تنشأ ويتم عقدها بين الطرفين.

٢ ـ **الأهداف**: وتشير إلى ما يصبو إليه الطرفان وما يرغبا فى تحقيقه فى إطار العملية العلاجية ككل.

٣ ـ **المهام**: وتشير إلى تلك الأنشطة التى يتم أداؤها من جانب كلا الطرفين والتى تعمل على تحقيق الأهداف التى ينبغى أن يحققها المريض من خلال العملية العلاجية. . ومن هذا المنطلق لايحدث العلاج الفعال للإضطرابات المختلفة

إلا إذا قامت بين كل من المعالج والمريض علاقات عمل يتم الإتفاق عليها، إلى جانب حدوث إتفاق متبادل بينهما على الأهداف التى ينتظرون تحقيقها من خلال هذه العملية العلاجية، والفهم الجيد من جانب كل منهما لما ينبغى عليه أن يقوم به من مهام علاجية وموافقته على القيام بها فى سبيل تحقيق ماتم التخطيط له من أهداف. ويمكن تناول هذه المكونات الثلاثة على النحو التالى:

أولاً: الإتفاقات bonds

يتركز الإهتمام من جانب المعالج خلال هذا المكون على التعهد بإقامة علاقة علاجية مشتركة تشجع المريض على تحقيق المهام العلاجية الموجهة بالأهداف. وجدير بالذكر أنه ليست هناك صيغة معينة لعلاقة علاجية واحدة يمكن أن تنشأ بين المعالج والمريض، لكن مايحدث بينهما يعد بمثابة تعهد وإتفاق على أن يقوم كل طرف منهما بأداء دوره الذى يتم تحديده والإتفاق عليه فى سبيل تحقيق الهدف النهائى من العملية العلاجية. ومن ثم فقد تختلف تلك الإتفاقات أو التعهدات من مريض إلى آخر ومن معالج إلى آخر، لكنها جميعاً فى النهاية تعمل على تحقيق الهدف العلاجى العام والخاص وفقاً لظروف كلا الطرفين. وفى ضوء ذلك قد يتم العمل مع مريض معين بشكل رسمى، بينما قد يتم العمل مع مريض آخر بشكل أكثر حرية، وهكذا على أن يلتزم كل طرف من الطرفين بدوره المحدد إذ يجب على المعالج أن يلبى توقعات المريض فيما يتعلق بالكيفية التى يتوقع أن يعامله بها ذلك المعالج لأن هذا يلعب بطبيعة الحال دوراً أساسياً فى تطور العملية العلاجية وفى قيام المريض بدوره بفاعلية، ومن ثم فى تحقيق الهدف العلاجى المتفق عليه.

وإضافة إلى ذلك هناك جانب آخر فى العملية العلاجية يعد على درجة كبيرة من الأهمية يتمثل فى الأسلوب العلاجى الذى تسير العملية العلاجية فى ضوئه والذى يمكن من خلاله أن تتحقق تلك الأهداف التى يتم الإتفاق عليها أو يكون من الصعب تحقيقها. وقد يتسم هذا الأسلوب بالإيجابية والنشاط، أو يكون توجيهياً. فإذا كان المريض يتسم بالسلبية إستوجب ذلك من المعالج أن يكون أكثر

إيجابية ونشاطاً. وفى هذا الإطار قد يبدى المرضى الذين يتسمون بالحساسية للمؤثرات بين الشخصية والذين يتسمون بأسلوبهم السلبى فى إقامة العلاقات مع الآخرين قدراً أكبر من التحسن إذا ما عمل الأسلوب العلاجى المتبع على توجيههم وتعزيز ما يحرزونه من تقدم. وعلى هذا الأساس يعتبر الأسلوب العلاجى بمثابة وسيلة أو عملية للإقناع أى لإقناع المريض وإغرائه بفعل شيء معين يتفق مع الهدف العلاجى المحدد والذى قد يتمثل فى حالة العلاج المعرفى السلوكى فى التعرف على الأفكار المشوهة والإعتقادات اللاعقلانية المختلة وظيفياً إلى جانب العزو السلبى للأشخاص والأشياء والعمل على تصحيح ذلك وتغييره فيكون العزو طبيعياً يتفق مع الواقع، وتصبح الأفكار والإعتقادات أكثر عقلانية وتقوم على منطق سليم وصحيح. ومن هنا فإن مثل هذا الأسلوب يمثل إستراتيجية العمل العلاجى مع المريض.

ثانياً: الأهداف goals

ويتعلق هذا المكون بما ينبغى أن يتم التوصل إليه من خلال العملية العلاجية والذى يتمثل بشكل عام فى التغيير الذى ينتظر أن يحدث نتيجة للعلاج. ويتطلب تحقيق ذلك فهماً مشتركاً لتلك المشكلات التى يفصح عنها المريض على أن يكون مثل هذا الفهم قائماً على أساس منطقى يعتمد على التأكد وعدم الإنحياز خاصة لتلك القيم التى يستدخلها المريض. ويعتمد ذلك على فتح قناة للإتصال بين الطرفين خلال العملية العلاجية تتسم بالصراحة والوضوح يدعمها ما يحدث بينهما من مناقشات مستمرة يفصح المريض خلالها عن أهدافه التى تم تحديدها كأهداف مبدئية من جانبه يرغب فى تحقيقها وذلك دون أن يقوم بإخفاء أى جانب منها أو من تلك الأمور الأخرى التى تتعلق بها عن المعالج، وهى أمور تعتمد فى الجانب الأكبر منها على تلك العلاقات التى يقيمها المريض مع الآخرين، ومن ثم فهى تتأثر بكلا النسقين الفردى والأسرى أو حتى النسق الإجتماعى للمريض، وهو الأمر الذى يدفع المعالج إلى تحديد الأثر النسبى لمثل هذه الأمور المتعلقة بمشكلات المريض والعلاقات المتعددة مع غيره من الأفراد فى حدوث تلك المشكلات التى

يعانى منها المريض، وفى تحديده لأهدافه المبدئية. وعلى ذلك تتم مراجعة تلك الأهداف المبدئية بشكل جيد من جانب المعالج فى الأساس على أن يشرك معه المريض فى ذلك. وعلى أساس من الصراحة والوضوح والحوار المفتوح بينهما يتم تحديد أهداف أكثر واقعية وقابلة للتحقيق، كما تخدم المريض بشكل فعال فتساعده مثلاً فى التقليل من حدة ما يعانى منه من مشكلات أو التخلص منها على المدى الطويل، وتجعله يتوقف عن أن يسبب لنفسه الإضطراب وذلك من خلال التفكير المشوه أو المعارف المشوهة والإعتقادات اللاعقلانية، وأن يتخلص من الإنفعالات غير الصحية ويستبدلها بإنفعالات أخرى صحية.

ثالثاً: المهام tasks

بمجرد أن تتم الموافقة على الإشتراك فى العلاج يقوم المعالج بتحديد العملية العلاجية للمريض بما تقوم عليه من أسس وأهداف، وما تسير فى ضوئه من إستراتيچيات، ويبدأ بتقييم تلك المشكلات التى يعانى منها المريض، ويساعده على القيام هو الآخر بتقييمها فى ضوء الإطار الذى يسير عليه العلاج، ثم يتم تحديد الأهداف بناء على ذلك التقييم. ويترتب على ذلك تحديد الإستراتيچيات والفنيات العلاجية التى تعد هى الأكثر ملاءمة لتحقيق التغير المنشود. كما يتم أيضاً تحديد وتحليل تلك العقبات التى قد تحول دون تحقيق الهدف العلاجى والتى يأمل الطرفان ـ المعالج والمريض ـ التغلب عليها حتى يتم فى النهاية تحقيق ماتم تحديده من أهداف. وهناك مهام معينة يسعى المعالج إلى تحقيقها خلال كل مرحلة من تلك المراحل التى عرضنا لها هنا والتى تتضمنها العملية العلاجية. ويمكن تحديد ذلك على النحو التالى:

أ ـ تحديد العملية العلاجية:

تقوم العملية العلاجية فى أساسها على الفهم الواضح من جانب طرفيها لمسئوليات كل منهما فى تطور العلاج وتحقيقه للهدف منه، والإتفاق على ذلك، وقيام كل طرف بمسئوليته من خلال تنفيذه للمهام الموكلة إليه. وتتركز مهمة المعالج

فى توضيح ذلك للمريض وتحديده لتلك المهام والمسئوليات المناطة به وما ينبغى عليه أن يقوم به خلال العملية العلاجية ككل. كذلك يجب على المعالج عند تحديده للمسئوليات والمهام التى ينتظر أن يضطلع بها المريض أن يراعى ميول وإهتمامات ذلك المريض حتى يتم جذبه بشكل فعال للقيام بذلك وأدائه على النحو المنتظر، وهو ما يجعله ينغمس فى تلك العملية بشكل إيجابى.

ب ـ تحديد مشكلات المريض وتقييمها:

ويتم ذلك من خلال التعرف على المتغيرات المعرفية والسلوكية ذات الصلة بالمشكلة وفهم تلك المتغيرات وتقييم أثرها. ومن وجهة نظر التعاقد العلاجى هناك أمران أساسيان يتضحان خلال هذه المرحلة يتمثل أولهما فى الوصول إلى تحديد مشترك من جانب المعالج والمريض لتلك المشكلات التى يعانى المريض منها. أما الأمر الثانى فيتمثل فى إجراء المناقشات بينهما للوصول إلى تصور مشترك لتلك المشكلات والتعرف بالتالى على ما يكمن خلفها من أسباب حتى يكون تحركهما فى سبيل العلاج فعالاً. وهنا يفضل أن يستخدم المعالج اللغة التى يستخدمها المريض فى حديثه عن تلك المشكلات، والمفاهيم التى يعتنقها فيما يتعلق بذلك حيث يساعد هذا فى جعل المريض يساهم بفاعلية فى العملية العلاجية. ولذلك قد يضطر المعالج فى البداية أن يقبل تصور المريض للمشكلة حتى يستطيع بعد ذلك أن يصل معه إلى فهم مشترك فى ضوء الواقع لتلك المشكلات التى يعانى منها.

جـ ـ تغيير الفنيات:

يبدأ المعالج بعد تحديد المشكلة فى تحديد تلك الفنيات التى يمكن أن تساعد فى تحقيق الهدف العلاجى. ومن ثم يبدأ فى مناقشة ذلك مع المريض، وتحديد تلك المهام التى يجب على كل منهما أن يقوم بها. ويرى درايدن (١٩٩٥) Dryden أن إنجاز المهام الموكلة لكل من المعالج والمريض بفاعلية يتطلب توفر عدد من الأمور نوجزها كالتالى:

١ ـ أن يفهم المريض تلك المهام التى توكل إليه وطبيعتها.

٢ ـ أن يدرك أن إنجازه لتلك المهام سوف يساهم فى تحقيق الأهداف العلاجية.

٣ ـ أن يكون بمقدوره القيام بتلك المهام وأداؤها بالشكل المطلوب.

٤ ـ أن يدرك أن التغير المنشود يحدث من خلال الإنجاز المتكرر لتلك المهام.

٥ ـ أن يفهم طبيعة المهام الموكلة إلى المعالج، وأن يدرك العلاقة بينها وبين ما يقوم هو به من مهام، وأن تكون العلاقة بين المهام التى توكل لكل منهما وبين تلك الأهداف المنشودة واضحة بالنسبةله.

٦ ـ أن يقوم المعالج بإعداد المريض لفهم وتنفيذ ما يوكل إليه من مهام.

٧ ـ أن يؤدى المعالج المهام الموكلة إليه بفاعلية، وأن يستخدم فى سبيل ذلك عدداً كبيراً من الفنيات بشكل جيد وفعال.

٨ ـ أن يلجأ المعالج إلى تلك الفنيات العلاجية التى تتسق مع أساليب التعلم التى تميز مرضاه الذين سيتعامل معهم.

٩ ـ أن يتيح المعالج الفرصة للمريض كى يشاركه فى إختيار الفنيات، أى يجعل المريض يقتنع بها ويوافق عليها حيث يعد المعالج هو الأكثر خبرة ودراية بذلك، من ثم يمكنه أن يقنع المريض بالفنية التى يرى أنها هى الأكثر ملاءمة وأن يحصل على موافقته عليها.

١٠ ـ أن يتقدم المعالج فى العملية العلاجية بخطى مناسبة.

١١ ـ أن يستخدم المعالج تلك الفنيات التى يرى أنها هى الأقدر على مساعدة المريض كى يحقق ما تم تحديده من أهداف، أى يختار الفنيات العلاجية وفقاً لطبيعة الإضطراب الذى يعانى منه المريض.

وفيما يتعلق بالتغير العلاجى نلاحظ أن العلاج المعرفى السلوكى يعمل على حث المريض للعمل والممارسة عن طريق إستخدام عدد من الأساليب والفنيات المعرفية

والإنفعالية والسلوكية التى تهدف إلى مساعدة المريض على تغيير إعتقاداته اللاعقلانية. وإلى جانب ذلك فإن هذا المنحى العلاجى يضع أهمية كبيرة على تلك الأنشطة التى يمكن للمريض أن يؤديها خارج نطاق جلسات العلاج والتى تأخذ شكل الواجبات المنزلية حيث تلعب دوراً هاماً فى حدوث التغير حيث يمارس المريض خلالها ما تم تدريبه عليه من مهارات وغير ذلك خلال جلسات العلاج. كذلك فهى تلعب دوراً هاماً خاصة إذا كان ماتم التدريب عليه خلال العلاج هو إستراتيجيات المواجهة حيث تعمل تلك الواجبات المنزلية على إتقان المريض لتلك الإستراتيجيات وهو الأمر الذى يساعده بدرجة كبيرة على منع حدوث إنتكاسة بعد أن ينتهى البرنامج العلاجى.

وجهة النظر الإنسانية فى العلاج

يرى إليس (١٩٩١) Ellis أن هذا الأسلوب العلاجى يعد علاجاً نفسياً إنسانياً وجودياً حيث يتضمن جانباً إنسانياً وآخر وجودياً، فهو يقرر أن الفرد لم يضطرب بشكل شرطى، ولكنه يسهم بشكل كبير فى حدوث الإضطرابات ثم يعانى منها فيما بعد وذلك بسبب المطالب الدوجماتيقية المطلقة التى يتبناها. وهناك عدد من المبادئ والأسس التى يرتكز عليها فى نظرته الإنسانية والوجودية نعرض لها على النحو التالى:

١ ـ أنه يتناول السلوكيات والإنفعالات والتقييمات الإنسانية المضطربة، وينظر إلى الفرد على أنه هو الذى يوجد مشكلاته الإنفعالية، وبالتالى فهو يعد قادراً على أن يخفف من حدة تلك المشكلات وأن يقف بها عند حدها الأدنى.

٢ ـ أنه يتسم بالعقلانية بدرجة كبيرة، كما يعتبر إتجاهاً علمياً يستخدم كلا الجانبين الذين يتمثلان فى العقلانية والعلم ويسخرهما فى سبيل خدمة الفرد فى محاولة لتمكينه من أن يحيا ويشعر بالسعادة. كما أنه يبحث أيضاً عن اللذة بعيدة المدى ولذلك يمكن للفرد أن يحقق اللذة فى الوقت الحالى وفى المستقبل وأن يصل إلى الحد الأقصى من الحرية والنظام.

٣ ـ أنه يفترض عدم وجود شيء إنسانى خارق للعادة يعمل على زيادة إعتمادية الفرد على الغير، ومن ثم على زيادة إضطرابه الإنفعالى.

٤ ـ أنه يفترض أيضاً عدم وجود أفراد مهما كان سلوكهم المضاد للمجتمع يعدون فى مرتبة أدنى من المرتبة الآدمية. وعلى ذلك يقوم المعالج بإحترام المريض وتقبله بشكل غير مشروط نظراً لكونه إنساناً.

٥ ـ أنه يعمل على مساعدة الفرد أن يحقق تفرده وحريته وإهتماماته الذاتية وضبط النفس بدلاً من الخضوع لسيطرة وتوجيه الآخرين بمافيهم المعالج. وفى الوقت ذاته يعمل على مساعدة الفرد أن يحيا بالطريقة التى يفضلها، وأن يتعامل مع الآخرين بالطريقة الأفضل والأكثر ملاءمة والتى تضمن تحقيق إهتماماته الفردية والإجتماعية.

٦ ـ أنه يؤكد على أهمية الإرادة والإختيار فى الأمور الإنسانية على الرغم من تسليمه بحدوث السلوك الإنسانى جزئياً تحت تأثير قوى بيولوچية وإجتماعية وغير ذلك.

وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب العلاجى يسلم بوجود مؤثرات أسرية وإجتماعية على اللاعقلانية والإضطراب الإنسانى فإنه فى الوقت ذاته يسلم بوجود أسس بيولوچية يمكن أن تؤثر أيضاً على اللاعقلانية والإضطراب الإنسانى حيث توجد لدى كل الأفراد ميول عصابية هازمة للذات بغض النظر عن أصولهم أو ثقافاتهم أو الأسر التى تمت تنشئتهم فيها وبأى أساليب للمعاملة الوالدية. وعندما ترتبط الإضطرابات بالأسرة فإنها غالباً ما تمثل عاملاً وراثياً يتم تناقله عبر الأجيال، فقد نجد أن بعض الإضطرابات العقلية الإنفعالية الخطيرة كاضطراب الهوس الإكتئابى، أو الإضطراب الإكتئابى الشديد، أو الإضطراب الفصامى، أو الإضطراب القهرى الوسواسى تعد إضطرابات ذات مكون وراثى مستقل. وعلى الرغم من أن الأفراد الذين تزداد خطورة إضطرابهم كأولئك الذين يعانون من إضطراب الشخصية الحدية قد يتحسنون كنتيجة للعلاج المكثف فإنهم مع ذلك ما

إن يتعرضون لإنتكاسة حتى يعودون مرة أخرى إلى أساليب مضطربة من الأداء الوظيفى. كذلك فإن العديد من الأفراد لا يعملون على إضطراب أنفسهم فحسب بل إن سلوكهم غالباً ما يؤدى إلى إصابتهم بالإكتئاب والهلع حول إضطراباتهم تلك، وغالباً ما تمثل الحلول التى يقدمونها لمشكلاتهم جزءاً من المشكلة. وبذلك يتضح أن هناك أسباباً بيولوچية وأخرى بين شخصية للإضطراب الإنسانى.

ومن الجدير بالذكر أن العديد من المرضى يمكنهم أن يتعلموا نموذج ABC كأحد النماذج المستخدمة فى العلاج المعرفى السلوكى وذلك بشكل فعال وتوجيهى directive منذ الجلسات العلاجية الأولى فى البرنامج العلاجى، ويمكنهم بذلك إستخدامه بفاعلية حيث يقوم المعالج بعرض أساسيات هذا النموذج للمرضى حتى يتمكنوا من تحديد إعتقاداتهم اللاعقلانية ويقومون بتفنيدها وإستبدالها بإعتقادات أخرى أكثر عقلانية حيث يعمل هذا الأسلوب العلاجى على جعل الأفراد الذين يعانون من إضطرابات مختلفة وعلى رأسها إضطرابات الشخصية والإضطرابات الذهانية يتقبلون أنفسهم بشكل كامل بماهم عليه من إضطرابات حادة. وجدير بالذكر أن التطورات الحديثة للعلاج المعرفى السلوكى قد شهدت تطبيقات عديدة لهذا العلاج على تلك الإضطرابات. وقد أكدت الدراسات التى أجريت فى هذا الإطار على فاعلية ذلك الأسلوب العلاجى فى علاج مثل هذه الإضطرابات، وإستمرار أثر العلاج لمدة طويلة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى. ولم يقتصر الأمر على علاج مثل هذه الإضطرابات فحسب، بل إمتد ليشمل الإعاقة العقلية أيضاً وظهرت تطبيقات حديثة متعددة له على المتخلفين عقلياً. ويعتبر التصدى لهذا المجال حديثاً نسبياً حيث كان يعتقد من قبل أن هذا الأسلوب العلاجى بما يعتمد عليه من مكون معرفى لا يجدى مع أعضاء هذه الفئة حيث تتمثل إعاقتهم أصلاً فى هذا الجانب. إلا أن الدراسات الحديثة التى أجريت فى هذا الإطار قد أكدت على فاعلية العلاج حيث أمكن من خلاله تحقيق الأهداف العلاجية التى تم تحديدها وذلك بشكل جيد، كما تم تطوير شكل مبسط من

نموذج ABC على يدى داجنان وشادويك (١٩٩٧) Dagnan & Chadwick بغرض تطبيقه على المتخلفين عقلياً، وهو ما يمثل تطوراً هاماً فى هذا الصدد.

الإقناع الجدلى التعليمى

من الجدير بالذكر أن العلاج المعرفى السلوكى يضم عدداً من المكونات التى تلعب دوراً بالغ الأهمية فى إحداث التغير العلاجى. وتتمثل هذه المكونات فيما يلى:

١ ـ الإقناع الجدلى التعليمى بنسق إعتقادات يعمل على التخلص من مجموعة من الأفكار اللاعقلانية التى تؤدى إلى تعرض الفرد للكرب والضيق، وتسبب قصوراً فى أدائه الوظيفى فى المجالات المختلفة.

٢ ـ التدريب على الملاحظة والتمييز بين التقارير الذاتية.

٣ ـ التدريب على القيام بالتقييم المنطقى والإمبيريقى للتقارير الذاتية.

٤ ـ الأداء المتدرج للواجبات.

٥ ـ التغذية الرجعية الإجتماعية المباشرة.

٦ ـ توفر التعليمات اللازمة لإحداث التغير فى التقارير الذاتية مع وجود التعزيز الإنتقائى اللازم لذلك.

٧ ـ قيام المعالج بالنمذجة إلى جانب لعب الدور فيما يتعلق بالأساليب المعرفية المرغوبة.

وعلى هذا الأساس يعتبر الإقناع الجدلى التعليمى أحد المكونات ذات الفاعلية في العلاج المعرفى السلوكى، ويعد خطوة هامة فى العلاج حيث نجد أن المعالج يعتمد خلال هذا الإتجاه العلاجى بدرجة كبيرة على الإقناع اللفظى الذى يستطيع من خلاله أن يساعد المريض فى التعرف على ذلك الدور الذى تلعبه الأفكار اللاعقلانية أو الأفكار الأوتوماتيكية السلبية فى حدوث الضيق والكرب للمريض، وفى تطوير نسق إعتقادات يتسم بدرجة أكبر من العقلانية وذلك من خلال تصحيح

مثل هذه الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية وتغييرها وإستبدالها بأفكار وإعتقادات عقلانية تسهم فى خفض حدة الإضطراب الذى يعانى منه المريض بدرجة كبيرة، وربما التخلص فى بعض الحالات من مثل هذا الإضطراب.

ويعد التركيز على الإقناع اللفظى فى العلاج المعرفى السلوكى بذلك أمراً بالغ الأهمية حيث يلعب دوراً هاماً فى نجاح البرنامج العلاجى المستخدم إذ أن الدور الذى يلعبه هذا الإقناع فى إعادة البناء المعرفى يعتبر دوراً رئيسياً، إلى جانب ذلك الدور الرئيسى والهام الذى يلعبه أيضاً فى تحقيق ضبط النفس من جانب المريض. ويبدأ ذلك الدور بشرح منطق العلاج للمريض وإقناعه بضرورة الإلتزام به وتنفيذه وأداء ما يطلب منه من مهام مختلفة ومن واجبات منزلية كممارسة عملية لما يتم التدريب عليه خلال البرنامج العلاجى، وهو الجزء الأساسى الذى تقوم عليه الجلسات الأولى فى أى برنامج علاجى يصمم فى هذا الإطار حيث تقوم تلك الجلسات على إعطاء معلومات للمريض عن طبيعة الإضطراب وأسبابه وتطوره وأعراضه وكيفية العلاج، وهو ما تستخدم خلاله فنية المحاضرة، ثم يتم اللجوء بعد ذلك إلى فنية المناقشة والتى يلعب الإقناع الجدلى اللفظى دوراً هاماً فيها. يلى ذلك شرح منطق العلاج وضرورته وكيفية تنفيذه وإقناع العملاء بضرورة الإستمرار فيه وذلك من خلال تبسيط الإجراءات المستخدمة لهم وتبصيرهم بها وبالكيفية التى يمكنهم بموجبها أن يقوموا بتنفيذ مثل هذه الإجراءات. ومن ثم تلعب تلك الفنيات والتى تضمها إستراتيجية التعليم النفسى **psychoeducation** دوراً هاماً فى إقناع المريض بتقبل الأسلوب العلاجى المستخدم وبمدى ملاءمته له، إلى جانب إقناعه بتقبل مسئوليته الشخصية عن الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية أو الأفكار الأوتوماتيكية السلبية التى تلعب الدور الأساسى فى حدوث ما يعانى منه من إضطراب، ومن ثم مسئوليته الشخصية عن إستبدال مثل هذه الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية بأفكار وإعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية والتواؤمية تؤدى إلى خفض حدة ما يعانى منه من إضطرابات، وهو الأمر الذى ينتج عن التحليل المنطقى لتلك الأفكار والإعتقادات وتقييمها بعد أن يقوم بمناقشتها بشكل منطقى

مع المعالج مما يتيح الفرصة أمامه ليرى كم تعد تلك الأفكار والإعتقادات لا معقولة وذلك إلى الدرجة التى تجعله هو نفسه يرفضها ويعمل جاهداً على تصحيحها وتعديلها.

ومما لاشك فيه أن الأمر لا يتوقف عند هذا الحد، بل يمتد أيضاً إلى التحليل الإمبيريقى لمثل هذه المعارف وتقييمها فى ضوء الملاحظات المرتبطة بمواقف الحياة الواقعية والأدلة الإمبيريقية التى ترتبط بمحتوى المعارف وهو ما يساعد على إجراء المقارنة بين تلك المعارف المشوهة وبين الملاحظات الواقعية وتلك الأدلة الإمبيريقية التى تتعلق بمحتوى المعارف مما يتيح الفرصة للتعرف على مدى واقعية تلك المعارف. وعندما ترتبط الواجبات المنزلية بهذا الأمر فإن ذلك يساعد المريض على أن يقوم بالملاحظات وأن يجمع المعلومات التى توضح مدى ما تعكسه مثل هذه المعارف من خبرات واقعية. كذلك فإنها توضح له أن الوجوب المطلق للشىء أو للقيمة التى يعتقد فيها يعد بمثابة أمر لا منطقى إذ لا يمكن على سبيل المثال أن يكون هناك تقبل من جانب الفرد أو إعتقاد فى آرائه إعتقاداً مطلقاً أى تصل نسبته إلى مائة فى المائة، ثم يعمل المعالج على إقناع المريض بأنه أذكى من أن يعتقد مثل هذا الإعتقاد أو يجعل فكرة كهذه تسيطر عليه لأن ذلك أمراً غير جائز أو مقبول تحت كل الظروف.

وعلى هذا الأساس يتم من خلال المناقشة والإقناع اللفظى إقناع المريض وتبصيره بأن أنماطه السلوكية اللاتواؤمية وما يترتب عليها من نتائج سلبية إنما هى فى الأساس تعد إنعكاسا لمعارف مشوهة وإعتقادات لاعقلانية يعتنقها، وهو الأمر الذى يساعد كما سبق القول فى إقناعه بضرورة العمل على تصحيح تلك المعارف وتعديلها وإستبدالها بمعارف وأفكار وإعتقادات عقلانية تواؤمية. وإلى جانب ذلك يقوم المعالج باستخدام نفس هذا المنطق بإيضاح التشابه الذى يربط بين المعارف اللاتواؤمية للمريض مع مثيرات سلبية وذلك من خلال الإثارة التى تبنى على التخيل لأحد المشاهد الذى يتضمن هذا الأمر حتى يتسنى توضيح مدى إرتباط المشاعر السلبية بتلك المعارف المشوهة. ومن ثم يعمل المعالج والمريض معاً من

خلال العلاقة العلاجية التعاونية التى تربط بينهما على الفصل بين تلك المشاعر السلبية والمعارف المشوهة والذى يتم إيضاحه من خلال التعريض التخيلى لمشهد يرتبط بذلك، ولذا يتم اللجوء إلى فنية منع الإستجابة أو تشتيت أو صرف الإنتباه.

وبذلك يتضح أن الإقناع الجدلى التعليمى يمثل أحد المكونات الهامة التى يتضمنها العلاج المعرفى السلوكى، ولكن لا يتم تقديمه بمفرده للمريض بل يتم ذلك فى إطار إستراتيچية شاملة للعلاج. ويتوقف نجاح الإقناع الجدلى التعليمى على مدى قوة العلاقة بين المعالج والمريض وما تتسم به من إحترام وثقة وإهتمام، وهو الأمر الذى يعد مطلباً ضرورياً لضمان التطبيق الناجح للإجراءات العلاجية المعرفية السلوكية حيث يعتمد الإقناع الجدلى والتقييم المنطقى إلى جانب ذلك على الأسلوب بين الشخصى للمعالج وقدرته على تطوير تلك العلاقة العلاجية مع المريض بالإضافة إلى إدراك الفرق بين المريض كشخص وبين ما يعتنقه من معارف وإعتقادات، والإبقاء على مثل هذا الفرق ووضعه نصب العين مع مساعدة المريض على تطوير أسلوب حياة فعال يساعده على الإنخراط بفاعلية فى الحياة.

ومن هذا المنطلق يتضح أن المعالج يقوم بإقناع المريض وتبصيره بمنطق العلاج وبالأسلوب العلاجى الذى ينتظر أن يتم التغير المنشود من خلاله. وعلى ذلك فإن هذا الإقناع الجدلى يتم خلال عملية تعلم تنتهى بحدوث التغير العلاجى فى الإتجاه المرغوب والذى ينتظر كل من المعالج والمريض حدوثه وإعداد المريض من خلال مجموعة من إستراتيچيات المواجهة للتعامل بفاعلية مع أى مشكلات قد يتعرض لها بعد أن يكون البرنامج العلاجى قد إنتهى حتى يكون بإمكانه أن يتجنب حدوث إنتكاسة له. ويمكن للمعالج أن يعمل على تعزيز وتدعيم العملية التعليمية تلك من خلال تدريب المريض على مجموعة من المهارات التى يتوقع أن تلعب دوراً أساسياً فى تحقيق الهدف النهائى من تلك العملية إلى جانب إستخدام تدخلات فنية معينة يتضح من خلالها سيادة الإقناع الجدلى وأهميته وضرورته فى تحقق ذلك الهدف. وتعمل تلك المهارات كمرشد يتسم بالحساسية لما تدعو الحاجة إليه من تدخلات

يمكن أن تساعد المريض فى الإتجاه المرغوب فيه إلى جانب تحديد الوقت الملائم لتحقيق الأهداف المنشودة.

هذا ويمكن للمعالج خلال هذه العملية أن يتوقع التصورات الخاطئة للمريض عن العلاج إذا كانت لديه المهارة التى تساعده على إدراك الأهمية والمغزى المحتمل لتلك المعلومات التى يتم إشتقاقها من التقييم المبدئى للمشكلات والإضطرابات التى يعانى منها المريض إلى جانب قدرته على إستخلاص التغذية الرجعية من خلال إستجابات ذلك المريض لما يقدمه له إضافة إلى إستجابته للعلاج خاصة إذا لم يبد المريض أى إشارات تدل على إبدائه لشكل واضح وصريح من المقاومة.

أما عن المشكلات التى قد تعوق التطبيق الجيد للإقناع الجدلى فيمكن للمعالج الماهر أن يتوقعها. وعموماً فإن مثل هذه المشكلات يمكن أن تتمثل فى مجالات عديدة تضم التاريخ الشخصى، والأسلوب المعرفى، وبنية الشخصية، ومدى شدة الأعراض المرضية الخاصة بعدم التعويض **decompensation** فقد يظهر التاريخ الشخصى للمريض فشل سابق فى الإستفادة من العلاج مما يترك لدى المريض إتجاهات لاتواؤمية لأى علاج آخر، وهو الأمر الذى يتطلب مناقشة الأساس الفلسفى لذلك، وبذل جهد مضاعف للعمل على تغيير تلك الإتجاهات من خلال الإقناع. كما أن التعرف على الأسلوب المعرفى للمريض قد يظهر مثلاً تفضيلاً للمشاعر على التفكير أو العكس كأسلوب للخبرة، وهو ما يجب أن يستفيد منه المعالج حتى يتسنى له إختيار ما يلائم ذلك من الأساليب الجدلية. أما تقييم بنية الشخصية فقد يظهر بعض السمات من جانب المريض كالإندفاعية أو إنخفاض القدرة على مواجهة الإحباط على سبيل المثال أو غير ذلك من سمات وهو ما يعكس توترات أو إضطرابات معينة يعانى منها المريض ترتبط بكل سمة من تلك السمات. بينما قد يعكس تقييم درجة الأعراض المرضية الخاصة بعدم التعويض إرتفاع الدرجة التى يحصل عليها المريض على مقياس الإكتئاب مثلاً مما يستدعى التقدم بخطى معينة خلال العلاج.

ويتلخص الهدف من العملية التعليمية خلال العلاج فى تقديم معلومات جديدة للمريض تتصل بواحد أو أكثر من تلك الجوانب الهامة التى نتناولها بالعلاج، كما أنه يتمثل إلى جانب ذلك فى إختيار الفنيات المناسبة التى يمكن من خلالها إقناع المريض بتلك الأمور التى من شأنها أن تؤثر على سير العملية العلاجية. ولذا يتم تغيير أو تصحيح مفاهيم المريض الخاطئة عن العلاج خلال الجلسة الأولى، كما يتم أيضاً التعرف على موقفه من العلاج، وتقديم الأساس المنطقى للعلاج. كما يتم إلى جانب ذلك تقديم المعلومات التى يتم بمقتضاها تصحيح المفاهيم نظرياً ويعمل المعالج على إقناع المريض بها. وبذلك نلاحظ أن الإقناع المنطقى يلعب دوراً هاماً خلال العملية العلاجية، وأن العلاج المعرفى السلوكى يولى هذا الجانب أهمية كبيرة نظراً لأنه ينظر إلى المعارف والأفكار والإعتقادات على أنها تعد بمثابة المسببات الأساسية لأى إضطراب، وأن تعديلها وتصحيحها يمثل الأساس لخفض حدة هذا الإضطراب أو ذاك.

الخطة العلاجية

يعتبر العلاج المعرفى السلوكى إتجاهاً علاجياً مقنناً يستغرق وقتاً محدداً فى علاج المشكلات والإضطرابات المختلفة التى يعانى منها الفرد، ويعد من هذا المنطلق ذا ثلاثة أهداف تتمثل فى العمل على تقليل ما يشعر به ذلك الفرد من كرب وعجز يرجع فى الواقع إلى الإضطراب الذى يعانى منه، والتقليل من حدة الإضطراب الإنفعالى الذى يعتريه، وتدعيم مشاركته الفعالة فى المواقف الإجتماعية المختلفة والعمل على منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى. ويعمل فى سبيل ذلك بقوة ثلاثية تضم إستراتيجيات معرفية، وأخرى سلوكية، وثالثة إنفعالية حيث يضم مكونات ثلاثة يتم فى ضوئها إختيار تلك الإستراتيجيات هى المكونات المعرفية والسلوكية والإنفعالية.

ويتوقف عدد الجلسات العلاجية والوقت الذى يستغرقه البرنامج على مدى حدة وتعقد المشكلة أو الإضطراب الذى يعانى الفرد منه، ومدى رغبة ذلك الفرد فى

إقامة علاقة علاجية تعاونية مع المعالج. وعادة ما يبدأ البرنامج العلاجى بجلسات تمهيدية يتم خلالها إرساء دعائم تلك العلاقة والتى تعد ذات أهمية كبرى فى تطور العلاج وفى تحقيقه لما يخطط له من أهداف. ويتم خلال هذه المرحلة إستخدام المقابلات التشخيصية وذلك لتقييم المشكلة التى يعانى الفرد منها، وتقييم تلك العوامل التى تسهم فى تطور هذه المشكلة وتعمل على إستمرارها. كما يتم خلال هذه المرحلة أيضاً مساعدة الفرد على التحديد الدقيق لمشكلاته التى يعانى منها. ويمكن فى هذا الصدد أن يتم اللجوء إلى التقييم السيكومترى لتلك المشكلة وما قد يرتبط بها من توترات ومشكلات ثانوية.

ويتم الإنتقال بعد ذلك إلى المرحلة التالية من العلاج والتى يتم خلالها تقديم النصيحة من جانب المعالج وتدريبه للمريض على إستخدام مجموعة متنوعة من الإستراتيجيات المعرفية السلوكية التى يمكن أن تساعده على إدارة ومواجهة خبراته المزعجة وردود فعله الإنفعالية الحادة أو ماقد يصدر عنه من أفعال إندفاعية. ويكمن الهدف خلال هذه المرحلة فى تعزيز سلوكه وذلك بالسيطرة على تلك المشاعر وقدرته على ضبطها، وضبط النفس، وبث الأمل فيه حول إمكانية التغيير. وقد تتكامل مثل هذه الإستراتيجيات منذ البداية إذا كانت هناك حاجة ملحة لتقديم مساعدة منظمة ومقننة للمريض منذ المراحل المبكرة فى عملية العلاج. أما فى المرحلة الثالثة فيقوم المعالج بعرض منظور جديد لطبيعة خبرات المريض والأحداث الحياتية التى تترك الخبرات بصماتها عليها بشكل عام. ويعتمد هذا المنظور الجديد على الصياغات المعرفية للأعراض المرضية التى يشعر المريض بها والتى يتسم بها الإضطراب الذى يعانى منه. وتبذل محاولات عديدة خلال هذه المرحلة بغرض إجراء المناقشات التى تدور حول مدى إسهام ذلك المنظور فى حدوث خبرات معينة من جانب المريض، وهو الأمر الى يجعل المرحلة التالية من العلاج تتركز حول تناول الأعراض المرضية ومحاولة التصدى لها، ومن ثم التوصل إلى منظورات بديلة تتعلق بطبيعة تلك الخبرات على أن تستند تلك المنظورات إلى تفسيرات تستند إلى الواقع. كما يتم خلالها أيضاً التعامل مع نسق

إعتقادات المريض بغرض الحد من الضيق والكرب والتوتر الذى يشعر المريض به، وتعزيز محاولاته التى تهدف إلى تحقيق التوافق الذى يتم من خلال إعادة البناء المعرفى عن طريق التخلص من تلك الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية أو الأفكار الأوتوماتيكية (التلقائية) السلبية، ثم إستبدالها بأفكار وإعتقادات أخرى أكثر عقلانية. ويمثل ذلك بطبيعة الحال جوهر الخطوة التالية والتى يتم خلالها إلى جانب ذلك التعامل مع الإفتراضات المختلة وظيفياً سواء تعلقت بالذات أو بالآخرين. ومن أمثلة هذه الإفتراضات تلك التى تشعر المريض بعدم القيمة، والتفاهة، وهو الأمر الذى يتطلب اللجوء إلى إستراتيچيات معينة كتلك التى يمكن إستخدامها مع الإكتئاب أو مع إضطرابات الشخصية، إلى جانب إستخدام إستراتيچيات المواجهة والتى تلعب دوراً جوهرياً فى مواجهة تلك المشكلة أو ذلك الإضطراب الذى يعانى المريض منه.

أما المرحلة الأخيرة من العلاج فتدور حول إقامة وتعزيز منظور جديد لمشكلة الفرد مع التأكيد بوضوح تام على بعض دلائل معينة تتعلق بالتنظيم الذاتى. كما يمكن خلالها أيضاً التأكيد على إستراتيچيات المواجهة المعرفية السلوكية وإعادة تدريب المريض عليها من جديد حيث أن القيام بذلك خلال هذه المرحلة يفيد فى منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى. وتعرف هذه المرحلة الأخيرة من العلاج بمرحلة الإقفال أو الإنتهاء من البرنامج. ونظراً لما كشفت عنه دراسات عديدة تناولت مختلف الإضطرابات مستخدمة هذا الأسلوب العلاجى من أنه يعد هو الأفضل على المدى البعيد، وأن أثره يمتد لفترة طويلة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى، فإنه من المتوقع أن يتم إجراء القياس التتبعى خلال فترة لاتقل بأى حال من الأحوال عن ثلاثة شهور وذلك بحسب طبيعة الإضطراب.

تعليق عام

شهد العلاج المعرفى السلوكى منذ بدايته وحتى نهاية الثمانينيات العديد من التطورات. وبنظرة سريعة على تلك التطورات نلاحظ أنه مع تقديم بيك Beck

لنموذجه المعرفى فى العلاج خلال الستينيات فإن العلاج السلوكى الذى يعتمد على العلاقة بين المدخلات والمخرجات (المثيرات والإستجابات) قد ظل حتى السبعينيات هو العلاج المفضل للعديد من الإضطرابات النفسية. واتخذ المعالجون النفسيون ذوو التوجه السلوكى فى العلاج من نظريات التعلم أساساً نظرياً يهتدون به فى تطبيقاتهم الإكلينيكية المختلفة. وخلال الجزء الأخير من السبعينيات أوضح باندورا Bandura من خلال التعلم بالملاحظة أن الجانب المعرفى يلعب دوراً هاماً فى التعلم. وقدم كل من كانفر وكارولى Kanfer & Karoly نموذجاً علاجياً للضبط الذاتى وضبط النفس يقوم على مراقبة الذات Self - monitoring والتقييم الذاتى والتعزيز الذاتى. ووجد ميتشنبوم Meichenbaum أن مفهوم السلوك العقلى يعد جوهرياً فى تفسير التغير السلوكى، ثم ظهر مفهوم ما وراء المعرفة metacognition أى المعرفة عن المعرفة Knowing about Knowing أو معرفة كيف تعلم Knowing how to Know أو المعرفة الذاتية للعمليات المعرفية- Self Knowledge about Cognitive processes وظهرت بالتالى تكنيكات عديدة لحل المشكلات. ومن ثم إزدهر العلاج المعرفى السلوكى وإتسع نطاق تطبيقاته الإكلينيكية خلال الثمانينيات، وكان لأصحاب نظريات العلاج المعرفى السلوكى أثرهم الفعال فى تناول مدى واسع من المشكلات النفسية حيث رأوا أن مثل هذه المشكلات ترجع جزئياً إلى إختلال الأداء الوظيفى المعرفى، وأنه مع تعليم المرضى طرق جديدة ومتوائمة للتفكير تتحسن حالاتهم النفسية ويشعرون بالرضا والسعادة. ومن ناحية أخرى تعددت الأساليب السلوكية التى إستخدمها المعالجون المعرفيون السلوكيون وتضمنت جدولة نشاط معين، والتدرج فى أداء مهمة معينة، والتدريب السلوكى rehearsal، وحل المشكلات، والتدريب على الإسترخاء، ولعب الدور، والنمذجة، وهذه تستخدم فى الأساس لمساعدة المرضى على إختبار أفكارهم بأنفسهم والتحقق من مدى صدقها، وتعديلها بأنفسهم أيضاً مما يؤدى إلى تغيير سلوكهم حيث يؤدى التغيير فى هذه الأفكار إلى تغيير فى المشاعر والسلوك. ثم ظهرت تكنيكات جديدة مثل رؤية أو تصوير الأفكار السلبية من جانب المريض

وذلك بطريقة منظمة، ومساعدته فى التعرف على العلاقات القائمة بين المواقف والأفكار والمشاعر، وأن يحاول من خلال المناقشة مع المعالج البحث عن بدائل لتلك الأفكار، والتعرف على الأفكار المشوهة، وفحص مدى صحة التعميمات المطلقة الموجودة لديه، وتقييم إحتمالات النتائج، وقد ساهمت تلك التكنيكات بقدر كبير فى تحقيق نجاح وفاعلية العلاج المعرفى السلوكى.

ومن ناحية أخرى نلاحظ أن ما أطلق عليه العلاج المعرفى لم يكن معرفياً خالصاً منذ البداية سواء على المستوى النظرى أو على المستوى التطبيقى. فعلى المستوى النظرى يتم التعامل مع الأفكار الأوتوماتيكية أو الأفكار اللاعقلانية بقصد تغييرها حتى يتسنى حدوث تغييرات سلوكية مرغوبة. ومن الملاحظ أن المعارف ترتبط بالإنفعالات والسلوك، وأنها يمكن أن تحدث تغييرات فى كليهما، وأن كليهما يمكن بالتالى أن يحدث تغييرات فى المعارف. وعلى المستوى التطبيقى لم يتوقف بيك عند إستخدام الفنيات المعرفية فقط فى العلاج بل إستخدم إلى جانبها فنيات سلوكية، وهذا ما أكده بنفسه فى كتابه الذى نشره عام ١٩٧٠ عن طبيعة العلاج المعرفى وعلاقته بالعلاج السلوكى، وعام ١٩٧٩ فى كتابه العلاج المعرفى للإكتئاب. هذا إلى جانب أن نظرية باندورا **Bandura** عن التعلم الإجتماعى تعد من المصادر الأساسية التى أثرت على هذا الأسلوب العلاجى، وأن أهم ما أخذ عنها كان العلاج بالنموذج ولعب الدور..

* * *

الأطر النظرية للعلاج
المعرفى السلوكى

الأطر النظرية للعلاج المعرفى السلوكى

تسير النظربات التى عرضت للعلاج المعرفى السلوكى فى إتجاه رئيسى يحاول إدخال العقل والمنطق فى العلاج النفسى وتغيير الأفكار الخاطئة أو اللامنطقية التى تبناها المريض من خبراته المبكرة وذلك بغرض تعديل سلوكه حيث تعبر الإضطرابات النفسية بأشكالها المختلفة فى الأساس بالنسبة للمعالج المعرفى السلوكى عن إضطراب فى التفكير حيث عادة ما تصحبها طرق غامضة ومتناقضة من التفكير ترتبط بالذات والبيئة. ولذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسى على تغيير مفاهيم المريض وإعادة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغيير فى سلوكه حيث يرى هذا الإتجاه أن الإضطراب النفسى عندما يحدث لايشمل جانباً واحداً من الشخصية فحسب، بل يمتد ليشمل أربعة جوانب هى السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية)، والإنفعال (التغيرات الفسيولوچية)، والتفكير (طرق التفكير والقيم)، والتفاعل الإجتماعى (العلاقات بالآخرين).

النماذج العلاجية المعرفية السلوكية

تزايد الإهتمام منذ السبعينيات بهذا المنحى العلاجى، وبرز فى هذا السبيل ثلاثة نماذج علاجية لها الريادة أرسى دعائمها كل من بيك Beck وإليس Ellis وميتشنبوم Meichenbaum. ويعد ذلك النموذج الذى قدمه آرون بيك A. Beck من أبرز النماذج العلاجية فى هذا الإتجاه وأكثرها شيوعاً، ويعتبر منهجاً فينومونولوجياً ومعرفياً معاً. ففى الوقت الذى يركز فيه على معارف ومعتقدات الفرد فى الهُنا ـ والآن here and now كسبب فى إضطراب الشخصية، فإنه يستعين

أيضاً ببعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التى يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل. ويرى بيك أن الشخصية تتكون من مخططات أو أبنية معرفية Schemas تشتمل على المعلومات والمعتقدات والمفاهيم والإفتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد والتى يكتسبها خلال مراحل النمو. ويسلم بأن الأمزجة النفسية والمشاعر السالبة تكون نتاجاً لمعارف محرفة ولاعقلانية، فالمريض يستحدث رأياً عن نفسه وعن العالم وعن الماضى والحاضر والمستقبل، ويكون عقله مغموراً بمعارف سالبة ومقدمات خاطئة، وينزع إلى الخبرات الخيالية المشوهة. ويبرز الإنحراف الحاد فى البناء المعرفى فى حالة الإضطرابات النفسية. ويرى بيك أن الأبنية المعرفية تميز الإضطرابات الإنفعالية، وتؤثر على إدراكات الفرد والتفسيرات التى يقدمها للأشياء، والذاكرة. ويتم إدراك الخبرات فى ضوء علاقتها بالأبنية المعرفية للفرد. ومن المحتمل أن يتم تشويه تلك الخبرات حتى تتناسب مع هذه الأبنية. ولذا نجد فى ضوء هذه النظرية أن الفرق الجوهرى بين إضطرابى القلق والإكتئاب يتمثل فى تحديدهما فى إطار أبنية معرفية مختلفة حيث نلاحظ أن الأبنية المعرفية السائدة فى حالة الإكتئاب تتعلق بالآراء السلبية عن الذات والعالم والمستقبل، فى حين تتعلق الأبنية المعرفية فى حالة القلق بالخطر وإحتمال التعرض له.

هذا وينفعل الناس بالأحداث وفقاً لمعانيها لديهم، وتؤدى تفسيراتهم للأحداث إلى إستجابات إنفعالية مختلفة، وحين يفكر الفرد على أساس تفسيرات خاطئة لمواقف الحياة يقوم البناء المعرفى لكل منها بتعبئة الفرد للإستجابة لها، ويصدر عنها وجداناً يتفق معها سواء كان ذلك هو القلق أو الغضب، أو الحزن، أو الحب، أو غير ذلك. وتصبح الحالة الإنفعالية أو الوجدانية هى نتيجة لتلك العمليات المعرفية أو لطريقة الفرد فى رؤية نفسه وعالمه. ويهتم بيك بالأفكار التلقائية أو الأوتوماتيكية السلبية أى التى تظهر وكأنها منعكسات آلية، وتبدو معقولة جداً من وجهة نظر المريض وبالتالى تقاوم التغيير. وتتميز الأفكار الأوتوماتيكية بأنها تعكس مضامين موضوعات معينة تؤدى إلى زملة سيكوباثولوجية، وتكون عند حافة

الوعى، وتسبق بعض الوجدانات كالغضب أو القلق أو الحزن، ويتسق مضمونها مع هذا الوجدان أو ذاك، وتعد معقولة من وجهة نظر المريض الذى يحاول حبسها ولكنها تلح فى الظهور.

ويذهب بيك إلى أن الأفكار الأوتوماتيكية تؤدى إلى التشويه المعرفى الذى يعد نتيجة لها، ومن أمثلته التمثل الشخصى Personalization أى تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمريض، والتفكير المستقطب Polarized أى المتمركز عند أحد طرفين متناقضين إما أبيض أو أسود، والإستنتاج التعسفى أى الإستدلال اللامنطقى، والمبالغة فى التعميم أى تعميم نتيجة معينة على كل المواقف على أساس حدث منفرد، والتضخيم والتحجيم، والعجز المعرفى. وإذا كان العلاج وفقاً لهذا النموذج يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنطقى الخاطئ والتشويهات المعرفية، والتعامل مع المشكلات المختلفة والسعى إلى تخفيضها، فإنه يعتمد على عدة أسس أو مبادئ هى المشاركة العلاجية، وتوطيد المصداقية مع المريض، وتقليل أو إختزال المشكلة reduction أى تقسيمها إلى وحدات يسهل تناولها، ومعرفة كيفية العلاج وذلك باستخدام فنيات عديدة بعضها معرفى مثل المناقشة، والمراقبة الذاتية، والتباعد الذى يجعل تفكير المريض وتقييمه للواقع موضوعياً، وإعادة التقييم المعرفى، والعلاج البديلى (مناقشة الأسباب). وبعضها تجريبى إمبيريقى كالإستكشاف الموجه، والتعريض، وبعضها الآخر سلوكى كالواجبات المنزلية، والنمذجة، والتخيل (تخيل الموقف الصدمى)، ولعب الدور. ويرى بيك أن التكنيكات السلوكية ذات فاعلية لأنها تؤدى إلى تغييرات إتجاهية ومعرفية لدى الحالات المريضة.

وسار فيكتور رايمى V. Raimy على نهج بيك وقدّم ما يعرف بفرض المفهوم الخاطئ، ورأى أن الإضطرابات النفسية تعد نتيجة لمعتقدات أو إقتناعات خاطئة يتبناها المريض عن ذاته بشكل غير موضوعى مما يدفع به إلى سلوك غير متعقل يؤدى إلى إنهزام الذات. ويهدف العلاج إلى تصحيح التصورات الخاطئة لدى المريض وتعديلها بما يؤدى إلى زوال سوء التوافق. ومن الفنيات المستخدمة فى

العلاج فحص أو تمحيص الذات عن طريق تشجيع العميل على الحديث عن نفسه وعن مفاهيمه الشخصية، وتفسير وتوضيح المفاهيم الخاطئة التى يتبناها المريض، وتشجيعه على الإثبات والبرهنة الذاتية على زيف مفاهيمه حول ذاته وعلاقاته بالآخرين، وأخيراً إعطائه الخبرة البديلة (النموذج) إزاء تصوراته ومفاهيمه الخاطئة.

وأرسى ألبرت إليس A. Ellis إتجاهاً علاجياً آخر هو العلاج العقلانى الذى زيد له عام ١٩٦١ مصطلح «الإنفعالى»، ثم زيد عام ١٩٩٣ له مصطلح «السلوكى» ليصبح مسماه العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى. ويرى من خلاله أن سلوكيات المرضى تنتج عن أفكار وإتجاهات لامنطقية، ويركز على التشابك بين التفكير والإنفعال والسلوك، ويرى أن الإضطراب النفسى يعد نتيجة للتفكير اللاعقلانى واللامنطقى. ولذلك فإننا لكى نفهم سلوكاً معيناً يجب أن نفهم كيف يشعر الفرد ويفكر ويدرك ويتصرف.

وصاغ إليس الأساس المعرفى للسلوك فى معادلة مبسطة أطلق عليها ABC ويرى أنه حينما تتبع نتيجة مشحونة إنفعالياً (C) حدثاً منشطاً له دلالة (A) فإن ذلك الحدث قد يبدو أنه هو السبب فى تلك النتيجة، ولكنه ليس كذلك فى الحقيقة، وإنما إعتقادات الفرد (B) هى التى تسبب تلك النتائج الإنفعالية (C). كذلك فهو يرى أن الأفكار اللاعقلانية والتى حددها فى إحدى عشرة فكرة هى المسئولة عن العصاب وذلك فى المجتمع الأمريكى، وقسم تلك الأفكار إلى ثلاث مجموعات؛ تضم الأولى تلك الأفكار التى تتعلق بالفرد، وتضم الثانية ما يتعلق بالآخرين، بينما تضم الثالثة ما يتعلق بالعالم وظروف الحياة. وتتمثل هذه الأفكار فيما يلى:

١ ـ من الضرورى أن يكون الفرد محبوباً من كل المحيطين به أو مرضياً عنه منهم.

٢ ـ من الضرورى أن يكون الفرد على درجة عالية من الكفاءة والإنجاز حتى يكون ذا أهمية.

٣ ـ يتصف بعض الناس بالشر والوضاعة والجبن، ولذلك فهم يستحقون أن يوجه لهم اللوم والعقاب.

٤ ـ إنه لمن النكبات المؤلمة أن تسير الأمور على غير ما يريده الفرد.

٥ ـ أن التعاسة تنتج عن ظروف خارجية لايستطيع الفرد التحكم فيها.

٦ ـ أن الأشياد الخطرة أو المخيفة تعتبر سبباً للإنشغال البالغ، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها.

٧ ـ من الأسهل أن نتفادى بعض الصعوبات والمسئوليات الشخصية عن أن نواجهها.

٨ ـ ينبغى على الفرد أن يكون مستنداً على آخرين، وأن يكون هناك شخص آخر أقوى منه يستند ذلك الفرد عليه.

٩ ـ تعتبر الأحداث والخبرات المتصلة بالماضى هى المحددات الأساسية للسلوك فى الوقت الحاضر، وأن تأثير الماضى لايمكن إستبعاده.

١٠ ـ ينبغى على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات وإضطرابات.

١١ ـ هناك دائماً حل صحيح أو كامل لكل مشكلة، ويجب علينا أن نبحث عن ذلك الحل حتى لاتصبح النتائج مؤلمة.

هذا وقد أضاف سليمان الريحانى (١٩٨٥) فكرتين أساسيتين تعتبر كل منهما لاعقلانية وشائعة فى مجتمعنا العربى، هما:

١ ـ ينبغى أن يتسم الفرد بالرسمية والجدية فى تعامله مع الآخرين حتى تكون له قيمة أو مكانة محترمة بين الناس.

٢ ـ لاشك أن مكانة الرجل تعد هى الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرأة.

وإلى جانب ذلك فقد أضاف عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) فكرة أخرى مؤداها كالتالى:

- أن هناك مصدراً واحداً للسعادة وإنها لكارثة إذا ما أغلق هذا المصدر أو فُقد.

ومن الفنيات المستخدمة فى العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى ما يلى:

أ ـ الأساليب المعرفية:

وتضم مثل هذه الأساليب التحليل المنطقى للأفكار اللاعقلانية، والتعليم والتوجيه، ومناقشة النتائج غير التجريبية، وتفنيد الإستنتاجات غير الواقعية، ووقف الأفكار، والتشتيت المعرفى، وإعادة البناء المعرفى. ويعتمد إعادة البناء المعرفى فى هذا الإطار على توضيح العلاقة ABC فالنتائج (C) ليست وليدة الأحداث المنشطة (A) التى تسبقها، وإنما هى وليدة نسق التفكير والمعتقدات (B)، ثم يتم الإنتقال إلى تفنيد (D) disputing الأفكار اللامنطقية (irB). وعن طريق مساعدة العميل على تفنيد أفكاره ومساعدته على تكوين أفكار منطقية أفضل يكون المعالج بذلك قد حقق الأثر المعرفى (E) Cognitive effect وساعد العميل على إعادة بناء الجوانب المعرفية لديه. كما يستخدم أيضاً إعادة التشكيل، والتصحيح اللغوى الذى يعتمد على أنه بدلاً من أن يقول المريض على سبيل المثال (أنا شخص غبى لأن الناس تتصرف معى بغباء) يقول (لقد إخترت أن أغضب نفسى بتلك الأفعال السيئة التى يقوم بها الآخرون).

ب ـ الأساليب التدعيمية المساندة:

وتتضمن مثل هذه الأساليب على سبيل المثال تحويل الإهتمام، والتخلى عن المطالب الناتجة عن الأفكار اللاعقلانية.

جـ ـ الأساليب الإنفعالية:

ومن هذه الأساليب لعب الدور، ولعب الدور العكسى، والنمذجة، والوعظ العاطفى، ومهاجمة الخجل، والحوار الذاتى، وإستخدام البشاشة، والعلاقات بين الشخصية.

د ـ الأساليب السلوكية:

ومنها الواجبات المنزلية، والإسترخاء، وأساليب الإشراط الإجرائى كالتعزيز والعقاب، والتخيل الإنفعالى العقلانى كأن يتخيل الفرد نفسه فى موقف الإنفعال وقد قام بتغيير مثل هذا الإنفعال إلى إنفعال أقل منه فى المستوى كأن يتم تغيير الغضب إلى مجرد الضيق مثلاً، وهو ما يمكن التعبير عنه بأنه تغيير للإنفعال السلبى غير الصحى إلى إنفعال سلبى صحى.

ومن مزايا العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى أنه يستخدم فنيات سهلة الإجراء كالقدرة على الإقناع بما يناسب عقل ومنطق المريض وثقافته، ويسعى إلى الكشف عن المعتقدات اللاعقلانية التى تكمن خلف العصاب ومهاجمتها، وتغيير فكرة المريض عن نفسه ويحل محلها أفكاراً صحيحة، ويحصن المريض ضد الأفكار اللاعقلانية التى يحتمل تعرضه لها فى المستقبل. أما عيوبه فتتمثل فيما يعتبر البعض أنه نوع من غسيل المخ أو العلاج التسلطى الذى يعد شكلاً إيحائياً ظاهرياً للعلاج النفسى إذا أخفق فى الوصول إلى الأفكار والمشاعر اللاشعورية العميقة. كما أنه لايصلح مع الأفراد ذوى الذكاء المحدود، ولا فى حالة الإضطرابات الذهانية الشديدة أو الأطفال أو كبار السن. إلا أنه قد تم إستخدامه مع المتخلفين عقلياً، ومع الإضطرابات الذهانية، ومع الأطفال، ومع كبار السن كما سنرى عند تناولنا للتطورات الحديثة التى شهدها هذا الأسلوب العلاجى والتطبيقات الإكلينيكية المرتبطة بها، وقد أثبتت نتائج الدراسات التى تناولته فى هذا الإطار فاعليته فى علاج الإضطرابات التى تتعلق بتلك الفئات، وهو ما سنوضحه عند تناول تلك الإضطرابات فى الفصول الخاصة والتى يتضمنها الباب الثانى الذى نتناول خلاله التطبيقات الإكلينيكية للعلاج المعرفى السلوكى على مختلف الإضطرابات.

وفى هذا الإطار قدم دونالد ميتشنبوم D. Meichenbaum إتجاهاً علاجياً معرفياً سلوكياً يعرف بإسم التعديل المعرفى للسلوك يعكس التدعيم المتبادل بين المناهج

المعرفية والسلوكية حيث يجمع بين مكونات سلوكية كالنمذجة، والمهام المتدرجة، والتمرينات المعينة، والتدعيم الذاتى، ومكونات معرفية تتمثل فى مخاطبة النفس أو الحوار الداخلى (الذاتى). وإستطاع من خلال هذا المنهج أن يحدث تغييرات مرغوبة فى الأطفال ذوى النشاط الزائد والإندفاعيين، وفى تخفيف حدة القلق، وغير ذلك.

ويفترض ميتشنبوم أن تدريب المرضى على الحوار الذاتى يمكن أن يؤدى إلى تغيير سلوكهم إذ أنه يؤدى إلى ضبط السلوك والتخفف من الضغط النفسى، ويؤثر على الحالة الإنفعالية للفرد، وتشتمل عملية العلاج على ثلاثة أوجه هى ملاحظة الذات، والسلوك والأفكار المتنافرة، وتطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير. ويقوم على عدة فنيات من أهمها ما يلى:

أ ـ فنيات التقدير المعرفى السلوكى:

ويتم ذلك من خلال المقابلات الإكلينيكية والإختبارات السلوكية.

ب ـ فنيات إدخال العوامل المعرفية فى تعديل السلوك:

وذلك من خلال إشراط تخفيف القلق، والتخلص المنظم من الحساسية، والنمذجة، والإشراط المضاد.

جـ ـ أساليب التحصين ضد الضغوط:

ويتم خلالها التعريف بردود الفعل المصاحبة للموقف الضاغط، والتزود بأساليب المواجهة، ومزاولة التدريب.

د ـ فنيات إعادة البناء المعرفى:

ويتم خلالها إستخدام إعادة البنية المعرفية، والعلاج الموجه بالإستبصار، وأسلوب حل المشكلات.

وجدير بالذكر أن هذه الأساليب الثلاثة التى عرضنا لها تعد هى الأكثر شيوعاً وإستخداماً فى العلاج المعرفى السلوكى، بل إن الأمر يكاد يقتصر تقريباً على هذه

النماذج الثلاثة فقط، وإن كان الإتجاهان الأول والثانى وهما إتجاها بيك وإليس هما الأكثر شيوعاً حيث يعد إتجاه ميتشنبوم بمثابة محاولة لم تكتمل بعد سواء على المستوى التنظيرى أو التطبيقى. وسوف نعرض لهذه النماذج بشىء من التفصيل وذلك على النحو التالى:

أولاً: إتجاه بيك:

يقوم هذا النموذج العلاجى على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك إتجاهاته وآراءه ومثله تعد جميعاً بمثابة أمور هامة وذات صلة وثيقة بسلوكة الصحيح أو المريض، وأن ما يكتسبه الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم وصيغ للتعامل يستخدمها جميعاً فى التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التى قد تعترض حياته. ويعمل هذا النموذج العلاجى على حث المرضى على إستخدام طرق وأساليب حل المشكلات التى يستخدمونها خلال الفترات العادية من حياتهم. ويقوم المعالج بمساعدة المريض فى التعرف على تفكيره الشخصى، وفى تعلم طرق أكثر واقعية لصياغة خبراته مما يتيح له الفرصة للتعرف على ما إكتسبه من مفاهيم خاطئة ومعلومات خاطئة أيضاً، وما قام به من تفسيرات خاطئة للعديد من المواقف والمثيرات مما يعطيه الفرصة لتصحيحها وتعديلها وعلاجها بشكل يحقق له التخلص من تلك الصبغة التى سادت حياته إعتماداً على تلك الأفكار والمفاهيم والمعلومات والتفسيرات.

ويرى بيك أن الإضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة لعدم الإتساق بين النظام المعرفى الداخلى للفرد وبين المثيرات الخارجية التى يتعرض لها ذلك الفرد وتحليلها وتفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفى الداخلى الذى يميزه. ويبدأ فى الإستجابة للمواقف والأحداث المختلفة إنطلاقاً من تلك المعانى التى يعطيها لها. وقد تكون هناك ردود فعل إنفعالية متباينة للموقف الواحد بإختلاف الأفراد بل من جانب نفس الفرد الواحد أيضاً فى أوقات مختلفة. كذلك فإن كل موقف أو حدث يكتسب معنى خاصاً يحدد إستجابة الفرد الإنفعالية تجاهه، وتتوقف طبيعة

الإستجابة الإنفعالية أو الإضطراب الإنفعالى لدى الفرد على إدراكه لذلك الموقف أو الحدث، فحينما يشعر الفرد مثلاً بأنه قد فقد شيئاً ما له قيمته ومغزاه بالنسبة له فإنه عادة ما يشعر بالحزن، وحينما يتوقع تحقيق مكاسب معينة فإنه يشعر بالسرور والسعادة، أما حينما يشعر بالتهديد فإن ذلك يؤدى به إلى القلق. كذلك فهو يشعر بالغضب إذا أدرك أن هناك هجوماً معيناً سيتم عليه من جانب شخص ما، وهكذا. وإذا كان ذلك الإدراك مشوشاً أى يشتمل على تشويش للواقع وتشويه ما به من حقائق تكون النتيجة المنطقية هى حدوث الإضطرابات النفسية. ومن ثم فإن مثل هذه الإضطرابات تعكس من وجهة نظر بيك عدم الإتساق الذى أشرنا إليه من قبل.

وجدير بالذكر أن هذا التشويش للواقع من جانب الفرد حال حدوث الإضطراب كما أسلفنا يؤدى إلى حدوث درجة معينة من إضطراب التفكير، وينتج عن مثل هذا التشويش أفكار أوتوماتيكية أو تلقائية تبدو مقبولة من وجهة نظر المريض، ومن ثم تكون معقولة بالنسبة له. كما أنه يفسر كل الأحداث على أنها تنطبق عليه، وبالتالى تتمركز تلك الأفكار حول ذاته وهو ما يعرف بالتمثل الشخصى Personalization ويتسم التفكير بالتطرف ومن ثم يتسق مع أحد طرفين لاوسط بينهما فيكون إما أبيضاً أو أسوداً ولا يمكن أن يقع فى الوسط أو يحصل على درجة معينة بين الطرفين، وهو ما يعرف بالتفكير المستقطب Polarized كذلك فهو يحاول أن يضع قواعد معينة لكل موقف ويحكم على ذلك الموقف فى ضوئها، ويتشكل رد فعله لذلك الموقف فى إطار تلك القواعد التى تحكم ذلك الموقف ويرتبط الفرد بها فى إستجابته وذلك بشكل صارم. وتميز تلك القواعد التى تحكم المواقف المختلفة بين مختلف الإضطرابات النفسية حيث تميز كل مجموعة من تلك القواعد بين هذا الإضطراب أو ذاك إذ يوجد لكل إضطراب مجموعة خاصة به من القواعد.

ويهدف هذا الأسلوب العلاجى إلى إزالة الألم النفسى وما يشعر به الفرد من

ضيق وكرب وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها وذلك إستناداً إلى أن الإستجابات الإنفعالية التى أتت بالمريض إلى العلاج تعد نتائج تفكيره الخاطئ الذى يتميز به هذا الإضطراب أو ذاك، وعلى هذا فإنها تزول عندما يتم تصحيح ذلك التفكير وتعديله، أى أن تعديل السلوك من هذا المنطلق يعتمد على تعديل التفكير وتصحيحه حيث كما أوضحنا من قبل يهدف العلاج فى هذا الإطار إلى التعامل مع تحريف الواقع ومع التفكير اللامنطقى بحيث يتم تصحيح نمط التفكير بما يصحح من صورة الواقع فى نظر المريض. ويتوقف تحقيق ذلك الهدف على وجود علاقة علاجية دافئة بين المريض والمعالج الذى يجب أن يتصف بالتقبل والود والدفء والتعاون والمشاركة الوجدانية، والذى يجب أن يعمل على تعليم المريض كيفية حل المشكلات، وأن يقوم بتدريبه على ذلك من خلال التعرف على المشكلة ومكوناتها الأساسية وأسبابها وعلاقتها بالإضطراب موضوع الدراسة.

وهناك عدد من الأساليب التى تستخدم خلال هذا الإتجاه العلاجى منها:

١ ـ التعرف على الأفكار المشوهة والأوتوماتيكية (التلقائية) والعمل على تصحيحها:

وتعد تلك الأفكار بمثابة أفكار سلبية تؤثر سلباً فى قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة، ومن ثم فى قدرته على التكيف مما يؤدى إلى ردود فعل إنفعالية زائدة لاتتلاءم مع الموقف أو الحدث. وقد لايكون الفرد على وعى بهذه الأفكار حتى يستطيع أن يحددها وبالتالى يمكنه التعامل معها بغرض تصحيحها وتعديلها، ولكن مع التدريب والتعليم يصبح بإمكانه أن يقوم بذلك بدرجة من اليسر.

٢ ـ الإبعاد والتركيز:

وحينما ينظر المريض موضوعياً إلى أفكاره ويتعرف على أن هناك أفكاراً تلقائية أو أوتوماتيكية مشوهة ولا تتفق مع الواقع فإنه يحاول أن «يبعدها» ويتخلص منها أو «يركز» على عملية تصحيح أو تعديل لها يكون من نتائجها التكيف مع الموقف أو الحدث وتعديل السلوك، وهو ما يمثل هدفاً أساسياً فى هذا الصدد.

٣ ـ ملأ الفراغ Filling in the blank

ويتضح عند تناول المريض للحدث أو الموقف وردود الفعل الصادرة عنه تجاه هذا الحدث أو ذلك الموقف أن هناك فجوة توجد بين المثير والإستجابة. وتتمثل هذه الفجوة فى الأفكار ويمكن أن يقوم المعالج بملئها من خلال تعليم المريض أن يركز على تلك الأفكار التى تحدث أثناء معايشة المثير والإستجابة.

٤ ـ الوصول إلى دقة الإستنتاجات:

ويتم ذلك بتدريب المريض وتعليمه كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة، وأن تتسم إستنتاجاته فى المواقف المختلفة بالواقعية، وهو ما يحتم على المعالج مساعدة المريض على القيام بعملية الإستنتاج، وعلى تحديد تلك الإستنتاجات بشكل جيد، والعمل على تمحيصها وتقييمها فى ضوء الواقع.

٥ ـ التخلى عن المطالب:

وذلك من خلال التخلص من مجموعة «الواجبات المطلقة» musts أو «الينبغيات» Shoulds التى ينظر من خلالها إلى المواقف المختلفة والتى تسبب له المخاوف أو القلق والكرب، والتى تعمل بعد ذلك كقواعد منظمة للسلوك ومسببة للإضطرابات المختلفة. فحينما يرى الفرد مثلاً أنه يجب ألا يصدر منه أى خطأ وإلا سيكون غير كفء، فإن هذا يعد شيئاً لا يمكن الوفاء به حيث يعد أمراً متطرفاً وغير واقعى ومن ثم يضر بالذات. ولذا يجب على المعالج أن يقوم بتعليم المريض أن يضع قواعد بديلة لذلك. وقد يصل المريض مثلاً عند هذه المرحلة إلى أنه «يجب أن يكون كفء»، وهذا بطبيعة الحال لا يستبعد حدوث الخطأ.

٦ ـ التحويل:

ويعنى تحويل إهتمام المريض من التركيز على مجموعة الواجبات المطلقة التى تسبب له الإضطراب إلى أوجه نشاط عديدة مثل الألعاب الرياضية والأنشطة الفنية والإجتماعية.

٧ ـ التحصين التدريجى:

وتقوم هذه الطريقة على تشجيع المريض على مواجهة مواقف القلق تدريجياً. ويتمثل الهدف الرئيسى من ذلك فى تحديد المشاعر العصابية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف، ويكون ذلك من خلال التعريض التدريجى للمواقف المثيرة للقلق مع إحداث إستجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماماً خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد، أى إلى أن تلغى العلاقة الإشتراطية بين المثير والإستجابة.

هذا وقد سار فيكتور رايمى V. Raimy على نهج بيك وقدم ما يعرف بفرض المفهوم الخاطئ misconception والذى يرى خلاله أن الإضطرابات النفسية تعد نتيجة للمعتقدات أو الإقتناعات الخاطئة، أى أنها تعتبر نتيجة للتصورات والمفاهيم الخاطئة. ويتمثل الهدف من العلاج فى تغيير تلك التصورات الخاطئة حيث يؤدى هذا التغيير أو التصحيح والتعديل إلى تحسن عملية التوافق، وهو الأمر الذى يتفق مع وجهة نظر بيك. ولكن رايمى لم يحدد طريقة محددة يمكن أن يتم بها ذلك، كما لم يقصر نفسه على طرق بعينها، ولكن يريد فقط أن يتم تغيير ذلك التصور الخاطئ بأى وسيلة يمكنه أن يحدد ذلك من خلالها.

ثانياً: إتجاه إليس:

بدأ إليس هذه الإتجاه العلاجى عام ١٩٥٥ وكان يعرف آنذاك بالعلاج العقلانى ثم أضاف له عام ١٩٦١ مصطلح «الإنفعالى» ليصبح مسمى هذا العلاج هو العلاج العقلانى الإنفعالى، وإستمر كذلك إلى أن أضاف له عام ١٩٩٣ مصطلحاً آخر هو «السلوكى» ليصبح مسماه هو العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى.

ويرى إليس أن هناك تداخلاً وتشابكاً بين الإنفعال والتفكير، وأن الفرد يفكر ويشعر ويتصرف فى ذات الوقت ونادراً ما يحدث أحد هذه المكونات دون الآخر حيث أنه عندما يدرك الفرد موقفاً معيناً يؤدى ذلك إلى إثارة الإنفعالات، وهذا ما

دفع إليس إلى القول بأن الفرد عندما ينفعل فإنه يفكر ويتصرف أيضاً، وعندما يتصرف فإنه يفكر وينفعل فى الوقت ذاته، وعندما يفكر فإنه ينفعل ويتصرف كذلك. ويعتقد إليس أن الإضطراب النفسى والإنفعالى يعد نتيجة للتفكير اللاعقلانى واللامنطقى، ومن ثم فهو يرى أن الأفكار اللاعقلانية هى التى تسبب الإضطرابات المختلفة. وعلى ذلك قام بتقديم إحدى عشرة فكرة لاعقلانية ـ كما ذكرنا سلفاً ـ من واقع المجتمع الأمريكى يرى أنها ربما تكون هى المسئولة عن العصاب. وأن التخلص من مثل هذه الإضطرابات يكمن فى تعديل هذا التفكير اللاعقلانى وإستبدال الأفكار اللاعقلانية بأفكار أخرى أكثر عقلانية. ولذلك قدم نموذجه المعروف ABC كمثلث تمثل رؤوسه الثلاثة (A) الأحداث المنشطة، (B) الإعتقادات والتفكير، (C) النتائج المترتبة، ويرى خلاله أن الحدث المنشط لا يؤدى إلى النتيجة بل يؤدى بدلاً من ذلك إلى الإعتقاد، وأن هذا الإعتقاد هو الذى يؤدى إلى النتيجة. وقد يكون هذا الإعتقاد عقلانياً أو غير عقلانى، ومن ثم تصطبغ النتيجة بذلك. وعلى هذا يمكن عن طريق التأثير على تلك الإعتقادات وتغيير الإعتقادات اللاعقلانية وإستبدالها بأخرى عقلانية أن نحقق التغيير المنشود فى النتائج مما يؤدى إلى تغيير وضبط إتجاهات الفرد وسلوكياته التى تحدث كردود فعل للظروف البيئية المحيطة.

هذا وتتمثل أهداف العلاج من وجهة نظر إليس فى خفض حدة الإضطرابات إلى أقل حد ممكن، ومساعدة المرضى على التحليل المنطقى لإضطراباتهم بما يساعد فى تحقيق الهدف الأول، إضافة إلى تحقيق قدر مناسب من الصحة النفسية يحقق للفرد التوافق ويجعل منه إنساناً سوياً. وإذا كانت عملية العلاج فى ضوء هذا الإتجاه تتلخص فى علاج اللامعقول بما هو معقول، فإن دور المعالج يتمثل فى مساعدة المريض على التخلص من الأفكار والإتجاهات اللاعقلانية واللامنطقية وأن يحل محلها أفكاراً وإتجاهات عقلانية ومنطقية. وتتألف العملية العلاجية فى هذا الصدد من أربع خطوات نعرض لها على النحو التالى:

١ ـ أن يوضح المعالج للمريض أن تفكيره لا عقلانى، وأن يساعده على فهم كيف ولماذا يصبح كذلك مع بيان العلاقة بين مثل هذه الأفكار اللاعقلانية والتعاسة والإضطراب الإنفعالى.

٢ ـ أن يوضح المعالج للمريض أن إستمرار الإضطراب يعد رهناً بالإستمرار فى التفكير بنفس الطريقة اللامنطقية، أى أن التفكير أو الإعتقادات وليس الأحداث السابقة المنشطة تعتبر هى السبب فى ذلك.

٣ ـ أن يساعد المريض على إستبدال تلك الأفكار اللاعقلانية واللامنطقية بأفكار أخرى تتسم بالعقلانية والمنطقية.

٤ ـ أن يساعد المريض على تبنى فلسفة للحياة أكثر عقلانية بحيث يمكن له أن يتحاشى الوقوع ضحية أفكار أخرى لامنطقية ولاعقلانية.

ومن هذا المنطلق يمكننا أن نعرض بشكل موجز للهدف من العملية العلاجية وفقاً لإتجاه إليس فى أنه يتمثل فى إكساب المريض فلسفة عقلانية فى الحياة، ومساعدته على إستبدال الأفكار والإتجاهات اللاعقلانية بأفكار وإتجاهات أخرى أكثر عقلانية مما يؤدى إلى زوال تلك الإنفعالات السلبية التى تؤدى إلى الإضطراب. وفى سبيل ذلك يمكن إستخدام جملة من الفنيات المتنوعة التى تضم فنيات معرفية، وأخرى إنفعالية، وثالثة سلوكية. وفى هذا الإطار يتم إستخدام مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية المعرفية التى تشتمل على التحليل الفلسفى والمنطقى للأفكار اللاعقلانية واللامنطقية، والتعليم والتوجيه والجدل، وتفنيد الإستنتاجات اللاواقعية، ووقف الأفكار، والإيحاءات، والتشتيت المعرفى. كما يستخدم نموذج ABC والذى يعمل المعالج من خلاله على توضيح أن النتائج (C) ليست وليدة الأحداث المنشطة التى تسبقها (A) وإنما هى نتيجة لنسق التفكير أو الإعتقادات (B)، ثم يتم الإنتقال بعد ذلك إلى (D) والتى تعنى دحض وتفنيد الأفكار اللاعقلانية واللامنطقية، وهو الأمر الذى يؤدى إلى تحقيق الأثر المعرفى (E) ومساعدة المريض على إعادة بناء الجوانب المعرفية لديه والتى تتمثل فى

نسق التفكير والإعتقادات حتى يتسنى له مواجهة سلوكياته فى المستقبل بما فيها ذلك السلوك الذى جاء يشكو منه. أما الفنيات الإنفعالية التى يتم اللجوء إليها خلال هذا الإتجاه العلاجى فتتمثل فى أسلوب التقبل غير المشروط للعميل وهذا لايعنى تقبل أفكاره، بل إنه يتم تقبل العميل ورفض أفكاره ومساعدته على أن يقوم هو الآخر برفض تلك الأفكار. كما يستخدم أيضاً لعب الدور، ولعب الدور العكسى، والنمذجة، وأسلوب الفكاهة والمرح، ومهاجمة الشعور بالخجل أو الشعور بالخزى والدونية بل ومهاجمة المشاعر السلبية بشكل عام. ومن بين الأساليب والفنيات السلوكية التى تستخدم فى هذا الإطار الواجبات المنزلية والتى تهدف إلى إعطاء الفرصة للعميل ليقوم بممارسة ماتدرب عليه وما تعلمه أثناء العلاج وذلك على مواقف الحياة المختلفة. وجدير بالذكر أن مثل هذه الواجبات المنزلية وتلك المواقف الحياتية تتضمن جوانب معرفية وأخرى سلوكية وهو ما يساعد المريض على إسترجاع كل ما تعلمه وتدرب عليه وممارسته فى الحياة الواقعية. كذلك يمكن إستخدام أساليب الإشراط الإجرائى مثل التعزيز والعقاب والتشكيل على سبيل المثال. وإلى جانب ذلك يتم إستخدام أسلوب التدريب على الإسترخاء للتشتيت البدنى. وأخيراً يمكن إستخدام التعريض exposure بما يضمه من جوانب معرفية وإنفعالية وسلوكية، وقد يكون هذا التعريض تخيلياً وذلك لموقف وهمى placebo حيث يطلب من المريض أن يتخيل نفسه فى موقف معين ويوضح كيف يمكنه أن يواجه ذلك الموقف، كما يمكن أن يكون الأمر تعريضاً لموقف واقعى. in vivo وهناك أسلوب آخر يعرف بالتخيل يطلب المعالج خلاله من المريض أن يتخيل نفسه وقد إستطاع أن يقوم بتغيير ذلك الإنفعال الذى يعانى منه إلى إنفعال آخر أقل فى مستواه كأن يقوم مثلاً بتغيير إنفعال سلبى غير صحى إلى إنفعال سلبى صحى فيحل الإنشغال محل القلق مثلاً، أو يحل الضيق محل الغضب، وهذا ما يعرف بالتخيل الإنفعالى المنطقى. ثم يطلب منه بعد ذلك أن يؤدى هذا التخيل لمدة زمنية معينة وذلك على هيئة واجبات منزلية عليه أن يقوم خلالها بتخيل نفسه وقد إستطاع أن يقوم بتغيير إنفعال معين إلى درجة أقل منه،

وهكذا. وإلى جانب ذلك هناك العديد من إستراتيجيات المواجهة التى يتم إستخدامها لمنع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء العلاج ومنها إستراتيجية التدريب على إدارة القلق، وإستراتيجية التشغيل الإنفعالى، والتحصين التدريجى.

ومن هذا المنطلق نلاحظ أن مثل هذه الفنيات تتكامل جميعاً فى سبيل تحقيق الهدف الأساسى لهذا الإتجاه العلاجى المتمثل فى التعرف على الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية واللامنطقية وتحديدها، والعمل على تصحيحها وتعديلها وإستبدالها بأفكار وإعتقادات أخرى أكثر عقلانية، وتعويد المريض وتدريبه على القيام بذلك بشكل مستمر حيث يكتسب فلسفة حياة عقلانية تمكنه من تحقيق التوافق.

ثالثاً: إتجاه ميتشنبوم:

ويعرف هذا الإتجاه بالتحصين ضد الضغوط النفسية Stress inoculation ويستخدم خلاله تعليمات تجريبية تتمثل فى الحديث الذاتى وهو ما يعد إبتعاداً عن الإشراط الإجرائى حيث يتم إدخال عنصر معرفى فى العلاج. وقد كشف إستخدام هذه التعليمات الذاتية من جانب ميتشنبوم مع مرضى الفصام ومع الأطفال زائدى النشاط والمندفعين عن حدوث قدر معقول من التحسن حيث تم تعديل كم كبير من تلك السلوكيات.

وعندما إستخدم ميتشنبوم بعد ذلك طريقة تشتمل على التعليمات الذاتية اللفظية التى يقولها المرضى لأنفسهم وذلك لتدريب حالات الفصام على تعديل سلوكهم إشتملت التعيمات اللفظية المستخدمة على ما يلى:

أ ـ إعادة صياغة مطالب المهمة أو الواجب.

ب ـ تعليمات أو إرشادات بأداء المهمة ببطء مع التفكير قبل التصرف.

جـ ـ أسلوب معرفى يتمثل فى التخيل وذلك للبحث عن حل.

د ـ عبارات تقدير للذات.

هـ ـ مثال لإستجابة ضعيفة أو خاطئة يتبعها سبب عدم ملاءمتها.

و ـ عبارة تصف كيفية التعامل مع الفشل وكيفية الوصول إلى الإستجابة المناسبة.

هذا وتقوم فكرة الأحاديث الذاتية أو التعليمات الذاتية على فرض مؤداه أن الأشياء التى يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقى الأشياء التى يفعلونها. إلا أن مثل هذه الأحاديث لاتظهر بشكل مباشر فى حالة تناول الضغوط أو الإنعصاب Stress وكيفية مواجهتها، وإنما يشير الأمر إلى أن الكيفية التى يتعامل بها الفرد مع الضغوط تتأثر إلى حد كبير بكيفية تقديره لقدرته على التعامل مع مصدر الضغط، أى أنه يشجع نفسه على مواجهة مصدر الضغط مستخدماً عبارات تعكس قدرته على التعامل معه وإمكانية السيطرة عليه، وهو ما يؤثر على سلوكه فى هذا الموقف فإذا كانت هذه الأحاديث إيجابية ينخفض معها معدل القلق، والعكس صحيح.

وتشتمل عملية العلاج وفقاً لهذا الإتجاه على ثلاث مراحل هى:

أ ـ الملاحظة الذاتية.

ب ـ توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع السلوكيات القديمة.

جـ ـ تطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير.

ويمكن تناول هذه المراحل على النحو التالى:

١ ـ الملاحظة الذاتية:

ويعمل المريض (العميل) خلالها على تحديد مالديه من أحاديث سلبية ذاتية أو تخيلات غير مناسبة. كما يركز على أفكاره ومشاعره وردود فعله الفسيولوجية وما يتصل بعلاقاته الشخصية من سلوكيات، وهذا يؤدى بطبيعة الحال إلى إعادة تصور للمشكلة وإعادة تعريفها بما يساعده على الفهم الدقيق لتلك المشكلة والذى يصل العميل إليه من خلال توجيهات وإرشادات المعالج. وتعطى إعادة التصور هذه معان جديدة ومختلفة للأفكار والمشاعر والسلوكيات.

٢ ـ توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع السلوكيات القديمة:

ويدرك العميل خلال هذه المرحلة أن ما يردده مع نفسه من أحاديث ذاتية يجب

أن تعمل على توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع سلوكياته غير المتوافقة المراد تغييرها على أن يؤثر هذا الحديث الذاتى على الإنتباه والتقدير والإستجابات الفسيولوچية وإستثارة سلوكيات جديدة مما يؤثر على أبنية العميل المعرفية ويؤدى إلى تغيير سلوكياته المشكلة.

٣ ـ تطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير:

وتتضمن هذه المرحلة قيام العميل بسلوكيات المواجهة والأحاديث الذاتية بصفة يومية. ولا يكفى التركيز على المهارات السلوكية فقط بل يتم التركيز أيضاً على الأحاديث الداخلية الجديدة والأبنية المعرفية الجديدة، ومن ثم يحدث تطوير للجوانب المعرفية التى تتعلق بالتغيير.

هذا ويعتمد ذلك الإتجاه العلاجى على مجموعة من الطرق والأساليب الفنية التى يمكن إستخدامها بشكل فعال فى هذا المجال والتى يمكن أن نعرض لها على النحو التالى:

أ ـ التقدير المعرفى السلوكى:

ويتم ذلك من خلال الطريقة الوظيفية المعرفية للتقدير فى هذه الحالة والتى تتضمن تمحيصاً للمقدمات والنتائج فى علاقتها بالإستجابات، والتعرف على فئة السلوك، ومدى تكرار الإستجابات فى المواقف المختلفة، وتوضيح الدور الذى تقوم به الجوانب المعرفية فى السلوك. كما يعتمد أيضاً على تحليل المهمة لإكتشاف العوامل التى تؤدى إلى ضعف الأداء لدى العميل. ويتم أيضاً خلال هذا التقدير التعرف على تلك الجوانب التى يخفق العميل فى أن يقولها لنفسه وتؤثر بالتالى على أدائه، والتعرف أيضاً على محتوى المعارف المشوشة التى تؤثر سلباً على سلوكه التكيفى. ويتم ذلك من خلال المقابلة الإكلينيكية والإختبارات السلوكية، إلى جانب إستخدام إختبارات إسقاطية ترتبط بالمشكلة التى يعانى منها.

ب ـ إدخال العوامل المعرفية فى حيز وأساليب العلاج السلوكى:

ويعتمد ذلك على إستخدام أساليب التوجيه الذاتى أو الحديث الذاتى أو العوامل المعرفية فى حيز العلاج السلوكى وأساليبه المستخدمة فى ذلك ومنها إشراط التخلص من القلق والذى يتم خلاله إستبعاد مثير منفر يرتبط بإدخال كلمة معينة مثل «إهدأ» ويطلب من العميل أن يستخدمها ويكررها على أنها حديث ذاتى أو تعليمات ذاتية. وإلى جانب ذلك هناك التخلص المنظم من الحساسية والذى يمكن أن يضاف إليه التعريض التخيلى للمواقف، ثم أخيراً تعد النمذجة من بين هذه الأساليب أيضاً حيث يقوم العميل بتحويل تلك المعلومات التى يحصل عليها من النموذج إلى تخيلات معرفية إدراكية ضمنية وإلى إستجابات لفظية متكررة (تعليمات ذاتية) تستخدم فيما بعد كمؤشر للسلوك الظاهر، ومن ثم يمكن أن يؤدى ذلك إلى تغيير السلوك.

جـ ـ التدريب على التحصين ضد الضغوط: Stress - inoculation training

ويقوم ذلك على أساس مقاومة الضغوط ومواجهتها. ويتضمن التحصين ضد الضغوط ثلاث مراحل على النحو التالى:

١ ـ مرحلة التعليم:

ويعمل المعالج خلالها على تزويد العميل بإطار تصورى يمكنه من فهم طبيعة ردود الفعل الصادرة عنه تجاه الضغوط، وكيف يمكنه أن يتجنبها وذلك من خلال تلك العبارات التى يرددها مع نفسه باستمرار والتى تعتبر بمثابة تعليمات ذاتية على أن يتم ذلك بأسلوب بسيط. ويتمثل الهدف من ذلك فى مساعدة المريض على فهم المشكلة بشكل عقلانى منطقى. وسوف يساعده ذلك على النظر إلى ردود فعله على أنها تتكون من أربع مراحل هى:

- إعداد نفسه وتهيئتها للتعرف على المصدر الضاغط وتحديده.
- مواجهة مصدر الضغط والتعامل معه.

- إحتمال إرتفاع مستوى الضغط بالنسبة له.
- تعزيز نفسه أو ذاته على أنه قد واجه الضغط.

٢ ـ مرحلة التكرار:

ويتم خلالها تكرار المراحل الأربع التى ذكرناها للتو والتى تتكون منها ردود الفعل مع تزويد العميل بأساليب المواجهة التى تتضمن الإجراءات المباشرة وأساليب المواجهة المعرفية. وتضم الإجراءات المباشرة الحصول على معلومات حول الأشياء المخيفة، والإعداد لأساليب الهروب، والتدريب على الإسترخاء، فى حين تضم أساليب المواجهة المعرفية إدراك العبارات الهازمة للذات وإستخدامها كإشارات على تكوين عبارات ذاتية غير مناسبة للمواجهة. ومن أمثلة العبارات التى يمكن إستخدامها مع كل مرحلة من المراحل الأربع التى تتكون منها ردود الفعل مايلى:

- تستطيع أن تعد خطة للتعامل مع الضغط والذى قد يكون الخوف مثلاً (المرحلة الأولى).
- إسترخى وخذ نفساً عميقاً (المرحلة الثانية).
- عندما تشعر بالخوف توقف (المرحلة الثالثة).
- لقت نجحت (المرحلة الرابعة).

٣ ـ مرحلة التدريب التطبيقى:

ويتم خلالها عرض مجموعة من الضغوط التى تهدد أنا الفرد والعمل على مواجهتها بإستخدام مجموعة من الأساليب العلاجية تتضمن التدريب على الكلام، والمناقشة، والنمذجة، وتعليمات للذات، وعملية تكرار السلوك، والتعزيز.

د ـ إعادة البنية المعرفية: Cognitive restructuring

ويمكن إعادة البنية المعرفية فى ضوء هذا الإتجاه العلاجى عن طريق مجموعة من الأساليب العلاجية التى تستخدم فى هذا الصدد. إلا أن مثل هذه الأساليب ليست

جميعاً من إعداد ميتشنبوم، وليست أساليب تخص إتجاهه العلاجى هذا على وجه التحديد، ولكنها أساليب مستمدة من إتجاهات علاجية أخرى وتستخدم لتحقيق هذا الغرض، ويمكن إستخدام أحدها فقط لذلك. وهذه الأساليب هى:

- إعادة البناء العقلانى (أسلوب إليس).
- إعادة البنية المعرفية (أسلوب بيك).
- أسلوب حل المشكلات (راجع: Patterson, 1986).

أهم الإستراتيچيات والفنيات العلاجية

- التدريب على إدارة القلق anxiety management training

تستخدم هذه الإستراتيچية فى تخفيف حدة القلق وذلك من خلال عدد من الفنيات العلاجية التى تندرج تحتها. ويوضح الفحص الدقيق لفقد الحساسية المنظم قصوره كاستراتيچية تستخدم فى علاج حالات القلق العام. ووفقاً لأسلوب فقد الحساسية المنظم يتم عمل سلم هرمى متدرج للقلق إعتماداً على قدرة المريض على تحديد تلك المثيرات التى تعمل على إثارة القلق من جانبه على أن يتم تحديد ذلك بشكل دقيق، وهو الأمر الذى لايستطيع أن يقوم به المريض فى حالة القلق العام. وكنتيجة لذلك تم تقديم إستراتيچية علاجية أخرى تصلح لعلاج القلق العام هى التدريب على إدارة القلق. AMT ويقوم الأساس النظرى لهذه الإستراتيچية على مقدمة تفترض أن المريض يمكن أن يتعلم فى البداية أن يحدد تلك الإشارات الداخلية المعرفية والجسمية التى تدل على وجود القلق، ثم يتفاعل مع هذه الإشارات بعد ذلك مستخدماً إستجابات تعمل على إزالتها والتخلص منها. وتقوم مثل هذه الصياغة على أساس تعلم تلك الأسس والمبادئ التى ترى القلق المدرك على أنه يمثل حالة محفزة، وأنه من الممكن أن يتم تعلم السلوكيات التى تعمل على التخلص من تلك الحالة. ويكتسب القلق فى هذه الحالة خواص المثير، ومن ثم فإنه ـ أى القلق ـ كمثير يصبح مرتبطاً بإستجابات جديدة كاستجابات المواجهة على سبيل المثال وذلك بنفس الطريقة التى يرتبط بها الجوع كمثير بالبحث عن طعام

معين، ويعكس هذا الطعام الذى يبحث الفرد عنه ثقافة الفرد أو تاريخه التعلمى. ولذا فإننا نجد أنه عندما يزداد معدل القلق يلجأ البعض إلى سلوكيات معينة كالتدخين، أو تناول كميات أكبر من الطعام، أو تعاطى الكحوليات، أو غيرها من المسكرات، وما إلى ذلك.

وعند التدريب على إدارة القلق لانطلب من المرضى تحديد الأسباب أو المثيرات التى تعمل على إثارة القلق لديهم، بمعنى أن الشخص الذى يعانى من إضطراب القلق العام لا يكون فى حاجة تدفعه إلى أن يقول بوضوح أنه يعانى من نوبة قلق عندما يتم تسليط الأضواء عليه ويجد أن عليه أن يتحدث بأسلوب توكيدى. كذلك فهو لايكون فى حاجة إلى أن يقرر أيضاً أنه يعانى من قلق حاد فى كل مرة ينتهى فيها من نقاش مع زوجته مثلاً حول من الذى يجب أن يسيطر ويهيمن على أمور المنزل، ولكننا نجد أن خبرة القلق نفسها تستخدم بدلاً من ذلك فى تدريب المريض على هذا الأمر، ولايكون عليه إلا أن يتذكر فقط آخر مرة خبر فيها نوبة قلق. ويصبح على المعالج بعد ذلك أن يقوم بتوجيهه لكى يتذكر كيف شعر بتلك الخبرة، أى كيف بدأت، وكيف تطورت الأفكار لديه أو غير ذلك من الخبرات المعرفية المرتبطة، أو من خلال زيادة معدل تصبب العرق أو غير ذلك من الخبرات الجسمية، بمعنى أنه يتم تدريب المريض على أن ينتبه لتلك الأعراض التى تعكس وجود القلق. ثم تتطور الجلسات بعد ذلك نحو تدريب المريض على أن يقوم بتمرينات الإسترخاء عندما يدرك إثارة القلق حيث يمكن للإسترخاء فى هذه الحالة أن يقلل من حالة القلق أو يقضى عليها.

ومع تطور الجلسات يتم تدريب المريض على تحديد تلك الإشارات المعرفية والجسمية التى تمثل مراحل بداية إثارة القلق. ويتم فى هذه المرحلة إستخدام تدريبات الإسترخاء بغرض منع حدوث كم أكثر من الإثارة للقلق الحاد حيث يعمل الإسترخاء هنا كأسلوب أو إستراتيجية للمواجهة تعمل على الحد من القلق بمجرد إثارته. وإلى جانب ذلك يتم تحديد واجبات منزلية كى يتحقق عدد من الأغراض تتمثل فى تحسين مهارات الإسترخاء فى العديد من المواقف، وزيادة قيام المريض

بعملية التعميم على مختلف المواقف خارج نطاق البيئة العلاجية، ومن ثم يمثل بذلك خطوة فى سبيل تعلم الوقاية. وهكذا نجد أن التدريب على إدارة القلق يعمل على تدريب المريض الإستجابة لتلك الإشارات أو الأعراض الدالة على القلق مما يؤى إلى تطور نمط جديد للمواجهة يعتمد على الإدارة الذاتية أو الضبط الذاتى وهو ما يجعل جلسات التدريب على إدارة القلق بمثابة جلسات تعليمية تتضمن إتاحة الفرص لممارسة ضبط النفس وذلك فيما يتعلق بالتطبيقات المختلفة على مواقف الحياة الواقعية. ويمكن أن تستخدم إدارة القلق كأداة فى الأساليب العلاجية الأخرى يمكن بمقتضاها خفض مستويات القلق.

ونظراً لأن المريض الذى يعانى من إضطراب القلق العام أو إضطراب الهلع لايمكنه أن يقوم بتحديد تلك المثيرات التى تعمل على إثارة القلق، وأن التدريب على إدارة القلق لا يتطلب مثل هذا التحديد فإنه كإستراتيچية علاجية يعد من هذا المنطلق أكثر ملاءمة لمثل هؤلاء المرضى. وإلى جانب ذلك فإنه يعتبر ملائماً لأى ظروف يلعب فيها القلق دوراً مرضياً رئيسياً كما يحدث على سبيل المثال عندما يكون القلق هو سبب الأعراض الظاهرة ومصدرها الرئيسى كما هو الحال فى إرتفاع ضغط الدم، أو عندما يكون بمثابة عقبة فى سبيل الأداء كما يحدث فى حالة القلق المرتبط بمستوى الأداء من جانب الفرد. وإضافة إلى ذلك يعتبر التدريب على إدارة القلق ذا قيمة كبيرة فى تدريب المرضى على القيام بالسيطرة على حالات الإثارة وضبطها كما هو الحال بالنسبة للغضب.

ويعتمد التدريب على إدارة القلق على مراقبة الذات **Self - monitoring** عن طريق تشجيع المرضى على تدوين مذكرات يومية تعكس الإختلاف بينهم فى الأنماط المعرفية فى مقابل أنماطهم النفسية. هذا إلى جانب التدريبات اليومية على مراقبة الذات والتى يمكن من خلالها التعرف على تلك الأفكار المشوهة أو المختلة وظيفياً والإعتقادات اللاعقلانية. ومن أمثلة ما يمكن أن تستخدم المذكرات اليومية فى سبيله أن يتم تدوين عدد المرات التى يقوم المريض خلالها بتمرينات الإسترخاء فى المنزل، والمدى الذى يصل إليه فى أداء مثل هذه التمرينات، إلى جانب مدى

نجاحه فى خفض حدة القلق، وما يمكن أن يتم بعد هذا من تدوين عدد المرات التى يتم فيها إستخدام تمرينات الإسترخاء لمواجهة القلق وذلك بنفس الطريقة. ومن أهم مزايا مثل هذه التقارير أنها تسمح للمعالج أن يحدد ما إذا كان المريض يقوم بتطبيق ماتم تعلمه خلال جلسات العلاج أم لا، ومدى التقدم الذى أحرزه فى هذا الصدد. ويتم بطبيعة الحالة مراجعة ذلك فى بداية كل جلسة علاجية جديدة أى مراجعة ما قام به المريض خلال تلك الواجبات المنزلية وهو ما قد يفيد فى التخطيط للجلسة أو لغيرها من جلسات. فإذا وجد المعالج على سبيل المثال أن المريض لم يظهر المهارة اللازمة فى القيام بتمرينات الإسترخاء بعد الجلسة التى يتم تخصيصها لذلك يتحتم عليه أن يكرر ما تم التدريب عليه خلال تلك الجلسة وذلك عندما يكتشف هذا الأمر، وبطبيعة الحال فإنه سوف يكتشف ذلك فى بداية الجلسة التالية وذلك عندما يقوم بمراجعة الواجبات المنزلية مع المريض وهو الأمر الذى يجعله يعيد التخطيط للجلسة من جديد حيث يجد أنه لابد أن يكرر ما تم خلال الجلسة السابقة وذلك خلال الجلسة الحالية. وإذا إكتشف خلال الجلسات التالية أن المريض لم يستطع أن يسيطر بنجاح على القلق فى مواقف الحياة الفعلية يصبح لزاماً عليه أن يعيد أو يكرر تلك الجلسات التى تم خلالها تدريبه على إدارة القلق.

أما فيما يتعلق بالأنماط المعرفية فى مقابل الأنماط النفسية الجسمية نلاحظ أن بعض المرضى قد يخبرون القلق بصفة أساسية خلال إستجاباتهم المعرفية فى حين لايبدو عليهم سوى أعراض نفسية بسيطة. وفى المقابل يبدى بعض المرضى أعراضاً سيكلوچية جسمية حادة فى حين لايبدون سوى القليل من الأعراض المعرفية. وجدير بالذكر أن التدريب على إدارة القلق يتعامل مع كلا النمطين ومع هؤلاء المرضى الذين تتضمن خبرات القلق لديهم وإستجاباتهم للقلق ردود فعل معرفية وجسمية. وعلى هذا الأساس نلاحظ أن التدريب على إدارة القلق يتسم بعدد من الخصائص يمكن أن نعرض لها على النحو التالى:

١ ـ أنه يعتمد فى إجراءاته على الإسترخاء والذى يمكن أن نستخدمه كإستراتيچية للمواجهة فى هذا الصدد.

٢ ـ أنه يهدف إلى إدارة الذات أو الضبط الذاتى الذى يتطلب أن يتحمل المريض القدر الأكبر من المسئولية فى حدوث التحسن على أن تكون مثل هذه المسئولية متدرجة.

٣ ـ أنه يستخدم الواجبات المنزلية والتى تعمل على تعزيز عملية التعميم وهى العملية التى يقوم المريض من خلالها بتعميم ما تم تعلمه خلال الجلسات على العديد من مواقف الحياة الفعلية.

٤ ـ أنه يؤكد بشكل مستمر على ضبط النفس والتى يمكن للمريض من خلالها أن يتقن مهارة معينة يتعلمها خلال جلسات العلاج.

٥ ـ أنه يعتبر أن المعارف قد يتم تضمنها كجزء من ردود الفعل المتعلقة بالقلق أو كجزء من التتابع المبدئى لتلك الإشارات أو الأعراض الدالة على القلق. ومن ثم يعمل التدريب فى جانب منه على تركيز الإنتباه على العناصر المعرفية.

٦ ـ أن من أهم ما يميزه كإستراتيجية علاجية أن كل جلسة تتم فى ضوء خطوات يتم تحديدها بشكل واضح، وبالتالى يمكن لأى معالج حتى وإن كان مبتدءاً أن يكون قادراً على تحديد ما يمكن توقعه من العلاج خلال كل جلسة.

هذا ويرى سوين Suinn (١٩٩٠) أن التدريب على إدارة القلق يتم من خلال خمس جلسات علاجية إضافة إلى مقابلة يتم إجراؤها مع المريض فى البداية، ويمكن فى بعض الحالات أن يصل عدد هذه الجلسات إلى ثمانية، وتستغرق كل جلسة من هذه الجلسات حوالى ستين دقيقة على أن يتم فى بداية كل جلسة مراجعة الواجبات المنزلية التى يكون المريض قد قام بها، وما قد يحرزه خلالها من تقدم فى خفض حدة القلق. كما يتم قبل نهاية كل جلسة تحديد ما يكون المريض قد إكتسبه من مهارات جديدة. ويعتمد هذا الأسلوب بدرجة كبيرة على إستخدام التخيل سواء لإثارة القلق أو لتعزيز الإسترخاء. وتتضمن الجلسة الأولى من هذه الجلسات أربع خطوات تتمثل فى التعرف على مفهوم العلاج ومنطقه، وتقديم مشهد للإسترخاء، والتدريب على الإسترخاء، وتحديد الواجبات المنزلية. أما

الجلسة الثانية فتتضمن هى الأخرى أربع خطوات أيضاً تتمثل فى تحديد موقف معين للقلق، والتدريب على الإسترخاء، وإثارة القلق متبوعاً بالإسترخاء، والواجبات المنزلية، فى حين تتضمن الجلسة الثالثة نفس الخطوات الأربع المتضمنة في الجلسة الثانية مضافاً إليها خطوتان أساسيتان أخريان هما الإسترخاء المثار ذاتياً، وتركيز الإنتباه على الأعراض الدالة على القلق. وعلى ذلك تتضمن تلك الجلسة عدداً من الخطوات تتضمن القيام بالإسترخاء المثار ذاتياً، وإثارة القلق، والتركيز على أعراض القلق أثناء تلك الإثارة، والعودة إلى الإسترخاء، ثم تكرار تلك الدورة من الإثارة، والتركيز على الأعراض، والقيام بالإسترخاء، وتكرار ذلك من ثلاث إلى خمس مرات، ثم يتم تحديد الواجبات المنزلية. أما الجلسة الرابعة فتتضمن إلى جانب ذلك مكونين أساسيين جديدين يتمثلان فى تحديد موقف ترتفع فيه حدة القلق والعمل على خفض تلك الحدة، وهو ما يمكن أن نطلق عليه تحديد سلم هرمى للقلق نستخدم خلاله ما يعرف بفقد الحساسية المنظم على أن يتحمل المريض درجة أكبر من مسئولية إستعادة السيطرة على نفسه عقب إثارة القلق. وفى هذه المرحلة يتم إستخدام نوعين من المراقبة الذاتية إحداهما للوقت time monitoring يقوم المريض خلالها بمراجعة تلك الإشارات الدالة على الضغط النفسى فى الصباح مثلاً، ثم عند الظهر، فبعد العصر، وأخيراً فى المساء. أما فى حالة الصداع المصحوب بالتوتر فتتم تلك المراقبة كل ساعتين وذلك لإجهاض أى بداية لتوتر العضلات. بينما يتعلق النوع الثانى من المراقبة بالمواقف المختلفة ويعرف بالمراقبة الموقفية Situational monitoring والتى يقوم المريض خلالها بتحديد مستوى حدة الضغوط النفسية التى يتعرض لها قبل قيامه بأى نشاط يرتبط بإثارة تلك الضغوط كالإستذكار إستعداداً للإمتحان، أو عند إنتظار طبيب الأسنان على سبيل المثال. ويتم مع كلا النوعين من المراقبة القيام بتمرينات الإسترخاء وذلك بغرض خفض حدة القلق.

وتعمل الجلسة الخامسة على إستكمال ضبط النفس من جانب المريض، ولذا يستخدم خلالها الإسترخاء المثار ذاتياً مسبوقاً بإثارة القلق حتى ينتهى مشهد القلق

بسيطرة المريض عليه. وإذا لم يستطع المريض مع نهاية هذه الجلسة أن يحقق ضبط النفس وأن يسيطر على مواقف القلق يتم تكرار هذه الجلسة بحد أقصى ثلاث مرات حتى يتحقق ذلك الغرض. هذا ويمكن إستخدام ذلك الأسلوب فى العلاج الجماعى بعد أن يتم تقسيم المجموعة العلاجية إلى عدد من المجموعات العلاجية الفرعية صغيرة العدد والتى قد يتراوح عدد أعضائها بين ٦ ـ ٨ مرضى. ويتم خلال العلاج الجماعى زيادة عدد مرات التدريب، ولايتم التدريب على محتوى الجلسة التالية إلا بعد أن يكون جميع المرضى فى المجموعة قد أتقنوا ما تم التدريب عليه فى الجلسة السابقة. ولذلك يزداد الوقت الذى يجب أن تستغرقه كل جلسة لمدة ربع ساعة على الأقل. وبوجه عام يجب أن يلم جميع المرضى بمحتوى أى جلسة قبل أن يتم الإنتقال إلى الجلسة التالية أو يصبح على المعالج أن يكرر نفس الجلسة مرة أخرى.

وفى ضوء ما سبق نلاحظ أن التدريب على إدارة القلق كإستراتيچية علاجية يتضمن عدداً من الفنيات العلاجية التى يتمكن المريض بمقتضاها من ضبط نفسه والسيطرة على تلك المواقف التى تسبب له القلق. وتتمثل تلك الفنيات فى مراقبة الذات، والمذكرات اليومية، والتعريض وإثارة القلق، وفقد الحساسية المنظم، والتدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية. ويعمل التدريب على الإسترخاء فى هذا الصدد كاستراتيچية للمواجهة يتمكن المريض بموجبها من السيطرة على تلك المواقف الواقعية التى تسبب له القلق مما يسهم فى منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى.

- إستراتيچية التشغيل الإنفعالى emotional processing

يرى بنبيكر (١٩٩٣) Pennebaker أن الخبرات التى تتضمن إنفعالات يصعب التخلص منها والتى قد تسبب فى تكرار الأحلام المزعجة والكوابيس وما يرتبط بها من أفكار مقحمة وصور تتعلق بتهديد سعادة الفرد ورضاه وحالته النفسية العامة، أو التى تتضمن مخاوف ترتبط بموضوعات محددة كتلك التى ترتبط بالمعركة على

سبيل المثال والتى يخبرها المحاربون القدماء أو حتى أولئك الذين يعانون من إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة والتى يخبرون خلالها كوابيس وصوراً مزعجة عن تلك الأحداث التى مروا بها وخبروها من قبل، فإنه يمكن من خلال التحدث عن تلك الخبرات الإنفعالية أو الكتابة عنها أن تقل حدة ما يرتبط بها من توتر وإزعاج. كما يمكن حدوث ذلك أيضاً من خلال كف الحث المرتبط بتلك الخبرات الإنفعالية وهو ما يعرف بالتشغيل أو التجهيز الإنفعالى، وهو ذلك المفهوم الذى يشير إلى تلك العملية التى يتم بمقتضاها مواجهة الإضطرابات الإنفعالية وخفض حدتها وذلك إلى الحد الذى يمكن معه لبعض السلوكيات الأخرى أن تحدث دون أن يصاحبها أى توتر أو إضطراب. أما إذا لم يتم مواجهة إضطراب إنفعالى معين بشكل جيد فتصبح هناك بعض الدلائل أو الأعراض واضحة ويحتمل حدوثها بشكل متقطع قد يكون مباشراً وواضحاً أو غير واضح وغير مباشر. ومن ثم فإن التشغيل الإنفعالى غير الجيد يصاحبه عودة ظهور إشارات أو دلائل مقحمة للنشاط الإنفعالى كالوساوس والكوابيس وضغط الكلام والمخاوف المرضية والإضطرابات السلوكية والهلاوس (خاصة بعد خبرة الحرمان)، إلى جانب الأفكار المقحمة غير السارة أو ظهور تعبيرات غير مناسبة عن الإنفعالات لاتتناسب مع الزمان أو المكان. أما الإشارات غير المباشرة فقد تتضمن الكرب والضيق والتعب والأرق والإنشغال ومقاومة صرف أو تشتيت الإنتباه وعدم القدرة على التركيز، إلى جانب الإستياء أو الضجر المفرط وسرعة الغضب والإنفعال. ومن ناحية أخرى يتضمن النجاح فى التشغيل الإنفعالى قدرة الفرد على أن يتحدث عن الأحداث الانفعالية المختلفة التى يكون قد مر بها، وأن يتخيلها ويستمع إليها من آخرين أو يتذكرها دون أن يخبر الضيق أو الإضطراب.

وتضم هذه الإستراتيجية عدداً من الإجراءات العلاجية التى تعمل على خفض حدة القلق، كما أنها تهدف أيضاً إلى التعرف ـ إن أمكن ذلك ـ على تلك الأسباب التى قد تؤدى إلى القلق. وجدير بالذكر أن هناك بعض الأساليب التى يمكن من خلالها خفض حدة القلق كفقد الحساسية المنظم، والغمر، والنمذجة، والتدريب

على التعود habituation training وهى الأساليب التى يتم تضمنها جميعاً فى نموذج التشغيل أو التجهيز الإنفعالى. إلا أن التدريب على التعود يحتاج لكى ينجح كفنية علاجية إلى فنية أخرى تستخدم إلى جانبه هى التعريض حيث يعمل التعريض المتكرر لتلك المثيرات التى تسبب الخوف كمثير للتدريب على التعود مما يؤدى إلى تقليل الخوف والقلق، وحتى الفزع أيضاً.

ونظراً لأن الخوف يتضمن كما يرى لانج (١٩٨٦) Lang ثلاثة أنساق مزدوجة تتمثل فى النسق اللفظى، والنسق السلوكى، والنسق النفس فسيولوچى Psychophysiological فلابد أن تتم إثارته حتى يمكن التعود عليه ومن ثم تقليله وخفض حدته. ويتشابه نموذج التشغيل الإنفعالى كثيراً مع وجهة نظر لانج Lang حيث قد تأثر هذا النموذج بوجهة النظر تلك. إلا أن ذلك النموذج يهدف فى الأساس إلى المواءمة بين أكثر من فنية علاجية تستخدم فى خفض حدة القلق وإستخدامها معاً لتحقيق هذا الغرض. ومع أن التعريض لمثيرات القلق يعد أمراً جوهرياً للتدريب على التعود كما أوضحنا من قبل فإن هذا النموذج يحاول أن يخفف من حدة القلق دون اللجوء إلى التعريض، كما يحاول أيضاً أن يصل إلى نفس الهدف عن طريق إحداث جملة من التغيرات المعرفية لدى المريض.

وجدير بالذكر أن هناك العديد من الأحداث التى تؤدى إلى القلق والتى تتفاوت فى حدتها بين الشديدة والمتوسطة والمنخفضة، وأن السيطرة على مثل هذه الأحداث تتطلب من الفرد الثقة بالنفس وأن يحقق مستوى مرتفعاً من فاعلية الذات. وإلى جانب ذلك فهناك العديد من العوامل التى تعوق التشغيل الإنفعالى الجيد كالإثارة الزائدة، وعدم الإرتياح dysphoria والمرض، والتعب، والحرمان من النوم. وهناك أيضاً عوامل الشخصية التى تؤدى إلى نفس النتيجة كعدم الكفاءة والميول العصابية. كذلك فهناك بعض المثيرات التى تؤدى إلى نفس الشىء كتلك المثيرات الحادة، والمثيرات التى لايمكن السيطرة عليها أو التنبؤ بها، والمثيرات غير المنتظمة أو غير العادية. وقد يحدث كثير من هذه العوامل والمثيرات فى حالة إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة. ولذلك نجد أن هناك بعض العوامل التى تعمل

من وجهة النظر العلاجية على حدوث التشغيل الإنفعالى الجيد كالتعرض للمثيرات المسببة للتوتر، وسلوكيات المواجهة، والممارسة المتكررة، وإستخدام الإسترخاء، والسيطرة على الأحداث، وتصحيح التفسيرات الخاطئة للمخاوف.

ويعتبر الحماس enthusiasm عنصراً أساسياً فى التشغيل الإنفعالى وله ضرورته التى تعمل على تكامل الفنيات المستخدمة مما يسهم بقدر كبير فى تغيير وتعديل المعارف اللاتواؤمية والتى يمكن تغييرها سواء بالهجوم المباشر أو غير المباشر عليها. ويرى راتشمان (١٩٩٠) Rachman أن إستخدام العديد من الإجراءات خلال العلاج من خلال هذه الإستراتيچية يعمل على خفض حدة القلق، وبالتالى ليست هناك عملية واحدة هى المسئولة عن تحقيق الهدف العلاجى بل يعود الأمر بطبيعة الحال إلى وجود العديد من العمليات. ومع أن الهدف الأساسى من هذه الإستراتيچية يتمثل فى تحقيق الهدف العلاجى دون اللجوء إلى التعريض فإن راتشمان وليفيت (١٩٨٨) Rachman & Levitt قد وجدا أن التفاعل والتكامل بين الإجراءات المعرفية وإجراءات التعريض يمكن أن تفيد كثيراً فى هذا الصدد حيث أن التفاعل بين هاتين العمليتين يؤدى إلى حدوث خفض كبير فى حدة القلق الذى يعانى منه الفرد.

وقد أوضحت نتائج الدراسات التى هدفت إلى علاج الفوبيا باستخدام هذه الإستراتيچية أن إستخدام العلاجات المعرفية يثير التشغيل الإنفعالى الذى يمكن أن يصل إلى تحقيق الهدف من إستخدامه حتى بعد أن يظل المريض الذى يعانى من الخوف بعيداً لفترة عن الإتصال بالمثير، ولا يتذكر أى محاولات مقصودة تؤدى إلى خفض حدة الخوف بين الجلسات وهو ما توصل إليه كل من بوث وراتشمان (١٩٩٢) Booth & Rachman. وعند إستخدام هذا الأسلوب لعلاج الوساوس القهرية والخفض من حدتها يرى كل من سالكوفسكز (١٩٩١) Salkovskis وإميلكامب وبينز (١٩٩٣) Emmelkamp & Beens وفان أوبن وآرنتز (١٩٩٤) van Oppen & Arntz أن مثل هذا الأسلوب قد أثبت فعالية واضحة فى هذا الصدد.

كذلك فإن إعطاء المعلومات للمريض يلعب دوراً هاماً فى التشغيل الإنفعالى، وفى هذا الإطار يلعب تصحيح الأفكار اللاتواؤمية والإعتقادات اللاعقلانية نفس الدور الأساسى والهام. ومن هذا المنطلق يمكن القول بأن التشغيل الإنفعالى يعتبر إطاراً عملياً له أهميته يعمل على الربط بين عدد من الظواهر فى سبيل تحقيق الهدف العلاجى، كما أنه يعمل أيضاً على تنظيم المعلومات بشكل مترابط ومتكامل يؤدى بطبيعة الحال إلى تحقيق نفس الهدف. كذلك فهو يهدف إلى الربط بين الظواهر الإنفعالية المتباينة مما يوفر العديد من الإجراءات التى تستخدم فى خفض حدة الخوف والقلق مما يؤدى بالقطع إلى خفض تلك الحدة. وعلى الرغم من أن هذه الإستراتيچية تعمل فى الأساس على خفض حدة الخوف والقلق وغير ذلك من الإنفعالات السلبية دون اللجوء إلى التعريض، فإن هناك العديد من الدراسات التى إستخدمت هذا الأسلوب فى علاج الهلع، والتوهم المرضى أو توهم المرض hypocondriasis ووجدت أن دمج التعريض مع الإجراءات المستخدمة خلال هذه الإستراتيچية العلاجية قد أدى إلى نتائج جيدة أكدت على زيادة فاعلية تلك الإستراتيچية من جراء ذلك.

فنيات الإقناع الجدلى التعليمى

ذكرنا فى الفصل السابق أن الإقناع الجدلى التعليمى يمثل مكوناً هاماً من تلك المكونات التى يتضمنها العلاج المعرفى السلوكى بدءاً من تقديم الأساس المنطقى للعلاج إلى إقناع المريض بضرورة العلاج وأهمية الإلتزام به، وإيضاح مسئولية المريض الشخصية فى حدوث الإضطراب وذلك بسبب ما يعتنقه وما يعتقد فيه من أفكار مشوهة وإعتقادات لاعقلانية تلعب الدور الرئيسى فى حدوث ذلك الإضطراب، ومن ثم تصبح عليه مسئولية شخصية فى خفض حدة ذلك الإضطراب أو التخلص منه وذلك من خلال تصحيح وتعديل تلك الأفكار والإعتقادات المختلة وظيفياً وإستبدالها بأفكار وإعتقادات عقلانية أخرى. وفى سبيل ذلك يمكن إستخدام عدد من الفنيات تعرف بفنيات الإقناع الجدلى التعليمى نعرض لها على النحو التالى:

١ ـ تقديم الأساس المنطقى للعلاج Rationale

ويتم من خلال هذه الفنية تقديم الفرضيات الأساسية فى العلاج، والإعتقادات النظرية المرتبطة بذلك، والأدلة الإمبيريقية التى تؤيد الإجراءات العلاجية المتبعة وذلك بأسلوب غير فنى يتسم بالبساطة والوضوح. وتكمن أهمية ذلك فى تبصير المريض بالأساليب العلاجية التى يمكن إتباعها ودورها فى العملية العلاجية مما يعمل على إعداده لتقبل تلك الأساليب وتجنب الأفكار التى تدل على المقاومة. كما يتم من خلال ذلك أيضاً تناول المعارف فى نسق رمزى يساعده على تقديمها بشكل واضح ويوجه إهتمامه إلى محتوى العناصر المتضمنة فى العملية العلاجية وما يترتب عليها من نتائج وهو ما يساعد على وجود نسق مفاهيمى مشترك بين المعالج والمريض مما يجعل المريض يتقبل الخطة العلاجية ككل وما يمكن أن يؤدى ذلك إليه من زيادة إحتمال حدوث تغير معرفى شامل.

ومن ناحية أخرى يؤكد الأساس المنطقى للعلاج على المسئولية الشخصية للمريض عن أفكاره ومشاعره وما تؤدى إليه من معارف لاتواؤمية تلعب دوراً هاماً فى حدوث الإضطراب الذى يعانى منه المريض، وهو الأمر الذى يؤكد فى الجانب الآخر على مشاركة المريض الفعالة فى العملية العلاجية حيث يعد أيضاً من هذا المنطلق مسئولاً عن تصحيح تلك المعارف، وهو ما يعنى خفض حدة تلك الأعراض المرضية التى يعانى منها.

٢ ـ التحليل المنطقى والتقييم:

ويتم من خلال هذه الفنية تطبيق أساسيات المنطق من جانب المعالج بغرض تعديل معارف المريض اللاتواؤمية وذلك إتفاقاً مع آراء كل من بيك Beck وإليس Ellis. ويمكن فى هذه الإطار توجيه المناقشة المنطقية إلى أمرين أساسيين هما:

أ ـ عدم توفر الصدق المنطقى للإعتقادات والفرضيات التى يعتقد فيها المريض ويؤمن بها.

ب ـ عدم الإتساق بين سلوكه وبين تلك الإعتقادات والفرضيات.

وهنا يعمل التحليل المنطقى على مساعدة المريض كى يقوم بمواجهة تلك الإعتقادات اللاعقلانية أو الأفكار الأوتوماتيكية. وعند التعامل مع موضوع عدم الإتساق بين الأفكار والسلوك يمكن إستخدام التفكير الإستدلالى أو الإستنباطى حيث يتم الإنطلاق من المقدمة إلى النتيجة أو العكس.

٣ ـ تقليل لامعقولية الأفكار:

ويتم ذلك من خلال ما يقوم به المعالج من إفتراض وليد اللحظة بأن الفكرة اللاعقلانية التى يبديها المريض تعد صحيحة، ثم يعمل بمساعدة المريض على تناولها منطقياً فيبدو على الفور للمريض أنها فكرة لامعقولة. وهنا يمكن أن يتناول المعالج مثلاً إحدى أفكار المريض التى يرى من خلالها أن الجميع يجب أن يقبلونه وأن يحوز هو على رضاهم حيث لا يمكنه أن يتحمل غير ذلك. فيقول له أن عليه كى يحوز على رضاهم أن يعيش بالشكل الذى يريدونه هم، فيأكل ويشرب ويلبس ويمشى مثلاً، إلى غير ذلك كما يريدون. وعليه فى هذا الصدد أن يتأكد من أن كل فرد قد رضى عن تصرفه هذا أو ذاك، وأن يعمل على التعديل من سلوكه بما يجعل من لم يرض عن أى سلوك يرضى عنه، وأن يتأكد من أن هذا التعديل قد جعل غيره لا يرضى، وهكذا يدور فى تلك الحلقة المفرغة. على الفور سوف يتضح للمريض أن مثل هذه الفكرة لا معقولة، وهكذا.

٤ ـ التحليل والتقييم الإمبيريقى:

ويتم من خلال هذه الفنية إجراء المقارنة بين الملاحظات الواقعية والأدلة الإمبيريقية المرتبطة بمحتوى المعارف، وهو ما يسمح بتقييم مدى واقعية تلك المعارف. فإذا ما كان المريض مثلاً يعتبر نفسه فاشلاً لايؤدى أى شىء بنجاح فإنه يتم الرجوع إلى تاريخه السابق وتحديد ما أنجزه بنجاح وما أخفق فيه فيتضح أنه قد أنجز بعض المهام التى تم تكليفه بها وهو ما يعنى أنه غير فاشل. وتبدو فاعلية هذه الفنية عندما ترتبط الواجبات المنزلية بها ويتم تحديدها فى ضوء هذه الطريقة حيث

يقوم المريض بالملاحظة ويجمع البيانات التى توضح مدى واقعية مالديه من معارف كما تعكسها خبراته الواقعية.

٥ ـ التعارض بين المعارف والقيم أو الإعتقادات السائدة:

ويعمل المعالج على تناول موقف معين يتضح من خلاله وجود تعارض بين المعارف وبين مالدى الفرد من قيم أو إعتقادات. فيقول للمريض مثلاً أنه أذكى من أن يعتقد أن أى شخص آخر يمكنه أن يلبى له جميع متطلباته بنسبة ١٠٠% فى كل الأوقات، وهو مايؤدى به إلى تعديل هذه الفكرة اللاتواؤمية من خلال التخلص من التنافر الواضح.

٦ ـ الإستجابة الدالة على الشك من جانب المعالج:

وهنا يعمل المعالج على تقليل التنافر بين معارف المريض وإعتقاداته أو ما يسود لديه من قيم من خلال إستخدام أسلوب يدل على الشك أو عدم الإعتقاد فى قدرة المريض على التخلص من فكرة مشوهة أو إعتقاد لاعقلانى معين كأن يقول له مثلاً أريد أن أنجز هذا الشيء (ويذكر إسم ذلك الشيء) وأظن أنه لايتناسب معك، أليس كذلك؟

ويتطلب الإستخدام العلاجى لمثل هذه الفنية أن يقوم المعالج بتوجيه الشك نحو إتجاه المريض وليس نحو المريض نفسه كشخص، وإلا فسوف يستجيب المريض لذلك بأسلوب دفاعى أو بالمقاومة حتى يثبت عكس ذلك.

٧ ـ التماثل السلبى:

ويعمل المعالج من خلال هذه الفنية على أن يوضح للمريض لفظياً التماثل أو التشابه بين معارف لاتواؤمية لديه أى لدى المريض وبين مثير سلبى، أى يستخدم مشهداً متخيلاً غير سار تتم إثارته من خلال مثل هذا التشابه أو التماثل، وهو ما يؤدى إلى إستخلاص مشاعر المريض السلبية التى تتعلق بتلك المعارف. فعندما يقول المريض مثلاً أنه يشعر بالأمان وهو إلى جوار أمه فإن هذا يؤدى به إلى

السلوك الإعتمادى حينما يكون فى عمله أو كليته على سبيل المثال، وهنا يرد المعالج بأن هذا السلوك من جانبه يذكره بالطفل الصغير الذى لايزال يشعر بالأمان طالما لا تزال أمه تقف أمام الباب وهو ذاهب إلى المدرسة لأنه إذا وقع على الأرض فسوف تسرع هى لمساعدته على النهوض من جديد، أما إذا لم تكن واقفة أمام البيت فسوف يعود أدراجه إلى البيت من جديد ولايذهب إلى المدرسة. ويجب ألا يوجه ذلك إلى المريض نفسه، بل يتم توجيهه إلى سلوكه ومعارفه فقط حتى لايضطر إلى اللجوء لأسلوب دفاعى أو يظهر العدوانية.

٨ ـ تناول النتائج الإيجابية للتغير:

وينظر كل من المعالج والمريض من خلال هذه الفنية إلى النتائج الإيجابية للمعارف التواؤمية، فيتم تحديد الجانب الإنفعالى المعرفى من المشكلة. ويمكن للمعالج أن يوضح النتائج السلوكية الإنفعالية التواؤمية للتغير المعرفى، وأن يركز فى البداية على تلك النتائج المباشرة والأكثر وضوحاً، وأن يعمل بالتدريج على تطوير تلك النتائج التى تتسم طبيعتها بطول المدى. وهنا يقول المعالج للمريض مثلاً دعنا ننظر إلى تلك الكيفية التى يمكن أن تبدو عليها الأشياء إذا إفترضت أنت أن بإستطاعتك أن تسترخى فى كل المواقف الإجتماعية وأن تشعر بالثقة فى النفس، فيمكنك أن تحضر الحفلات، وأن تقابل أناساً جدداً، وأن تحدد حياتك الإجتماعية من خلال التنظيم النشط لتلك المواقف التى تستمتع بها.

ويهدف هذا الإجراء إلى إثارة المريض لتقييم النتائج الإيجابية التى تترتب على المعارف التواؤمية خلال مجموعة المواقف. ويتوقف التطبيق الناجح لتلك الفنية على إدراك المريض للعلاقة بين التغير المعرفى والنتائج الإيجابية المتوقعة. ويعمل الأداء المتدرج للواجبات المنزلية المرتبطة بتلك الفنية على تعزيز تلك العلاقة ومساعدته على إحداث قدر أكبر من التغير المعرفى الدائم. وعند إستخدام هذه الفنية إلى جانب تلك الفنيات التى تؤكد على الجوانب السلبية للمعارف اللاتواؤمية فإنها تصبح أكثر فاعلية.

٩ ـ المناقشة المعرفية الشاملة:

وتتبع هذه الفنية التى قدمها ديجيوسيب (١٩٩١) Di Giuseppe مجموعة معقدة من المجادلات على غرار طريقة إليس وتسير فى ضوئها. وتعمل هذه الفنية على مساعدة المريض كى يواجه أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية بأسلوب منطقى وإمبيريقى يعمل على تفنيدها متبعاً طرق جدلية وتعليمية يتعامل من خلالها مع تلك الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية فى مختلف السياقات التى يمكن أن تظهر فيها. كما يتعلم أيضاً من خلالها أن يقوم بتعزيز تلك الأفكار العقلانية التى تحل محل الأفكار اللاعقلانية السابقة. أى أنه يتم من خلال هذه الفنية مواجهة حقيقة أفكار وإعتقادات المريض التى تتسم باللاعقلانية واللامنطقية والعمل على إعادة بناء إعتقادات جديدة تتسم بالعقلانية والمنطقية تحل محلها.

* * *

الفصل الثالث

التطورات الحديثة فى العلاج المعرفى السلوكى

التطورات الحديثة فى العلاج المعرفى السلوكى

شهد العلاج المعرفى السلوكى العديد من التطورات منذ بدايته وحتى الوقت الحالى وذلك فى نماذجه الثلاثة الشائعة. وقد تناولنا فى الفصل الأول جانباً من هذه التطورات بشكل سريع وذلك حتى قرب نهاية الثمانينيات. ويرى ماهونى Mahcney (١٩٨٨) أن العديد من مُنظّرى العلاج المعرفى السلوكى قد قرروا فى الجزء الأخير من عقد الثمانينيات أن هذا المنحى العلاجى يمكن النظر إليه على أنه يضم إتجاهين رئيسيين، يتمثل الأول منهما فى الإتجاه العقلانى ويمثله إليس، بينما يتمثل الثانى فى الإتجاه الإستدلالى البنائى ويمثله بيك. وقد شهد الإتجاهان عدداً من التطورات فى نهاية الثمانينيات وخلال عقد التسعينيات والتى تمثل فى مجملها عدداً من الإتجاهات الحديثة فى كل منهما. وسوف نعرض لتلك التطورات الحديثة على النحو التالى:

أولاً: إتجاه بيك Beck

يمثل إتجاه بيك Beck الإتجاه الإستدلالى البنائى فى العلاج المعرفى السلوكى، وقد شهدت فترة الثمانينيات وخصوصاً الجزء الأخير منها تطبيقات جديدة وموسعة لهذا الإتجاه على مدى كبير من الإضطرابات بدءاً من العمل مع كبار السن وحتى العمل مع مشكلات الأطفال وهو مالم يكن موجوداً من قبل. كما إتسع المجال أيضاً ليشمل التعامل مع العزلة الإجتماعية والإنحرافات الجنسية، ووجدت مرونة كبيرة فى إستخدام إستراتيجيات العلاج المعرفى السلوكى، كما بدأ الإهتمام يتزايد بعد ذلك بالعلاج المعرفى السلوكى الجماعى.

وشهد عام ١٩٨٩ تطوراً جديداً حيث إتخذ العلاج منحى آخر وبدأت التطبيقات الإمبيريقية على عينات كانت مستبعدة من قبل حيث كانت تعتبر مريضة لدرجة تجعل العلاج المعرفى السلوكى أمراً صعباً لها. وظهر كتاب «العلاج المعرفى السلوكى لمرضى الفصام» الذى أعده كارلو بيريز Carlo Perris ورأى فيه أنه من الضرورى أن يسير العلاج المعرفى السلوكى لأعضاء هذه الفئة جنباً إلى جنب مع العلاج بالعقاقير. وفى نفس الوقت إتسع مجال إستخدام العلاج المعرفى السلوكى ليشمل العديد من الإضطرابات التى لم يتطرق إليها من قبل، فتناول إضطرابات الطعام، وإدمان الهيروين والكحوليات، والهلع، والإكتئاب الحاد، والإعاقات الذهنية. وفى هذا الإطار وجدبيرسونز وآخرون (١٩٨٨) Persons et. al وذلك على النقيض من الإعتقاد السائد آنذاك أن هذا الأسلوب العلاجى له فاعليته فى التعامل مع المرضى ذوى المستويات المختلفة من التعليم والدخل والخلفية الإجتماعية والثقافية، وحتى غير المتعلمين، أو ذوى التعليم الأقل من المتوسط. وجدير بالذكر أن مثل هذه الفئات كانت من الفئات التى ساد الإعتقاد من قبل بعدم جدوى هذا الأسلوب العلاجى معها.

هذا وقد أضاف بيك (١٩٨٨) خمسة تشويهات معرفية جديدة لها دورها الفاعل فى توتر العلاقات المختلفة، هى:

١ ـ الرؤية الضيقة (النفق): والتى لايدرك الفرد من خلالها وفى ضوئها سوى ما يتفق مع حالته العقلية فقط.

٢ ـ التفسيرات المنحازة أو العزو السلبى والذى يتعلق بشريك الفرد.

٣ ـ إطلاق أسماء أو مسميات سلبية على الأشياء والأشخاص.

٤ ـ قراءة العقل أو الأفكار mind reading والتى تفترض أن الفرد يعرف ما يفكر فيه شريكه، وأن هذا الشريك يجب أن يكون قادراً على أن يقوم بتخمين ما يفكر فيه الفرد.

٥ ـ التعقل أو التفكير الذاتى Subjective reasoning أو الإعتقاد بأن الفرد يشعر أن إنفعالاته قوية بما فيه الكفاية وأن هناك ما يبرر ذلك.

وكتب متشلسون وماركيون (١٩٩١) Michelson & Marchione مقالاً ذكرا فيه أنه من المأمول خلال عقد التسعينيات أن يتسع الإطار النظرى والتطبيقى الإكلينيكى فى إضطراب الهلع ليتضمن الظواهر المرتبطة باضطراب القلق العام generalized والفوبيا الإجتماعية، وإضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة، والصدمة الناتجة عن إساءة الإستخدام abuse النفسى أو الجسمى أو الجنسى، إضافة إلى إضطراب القلق عند الأطفال، وهو ما تم بالفعل التعامل معه بعد ذلك. ويتضح ذلك أيضاً خلال الباب الثانى من هذا الكتاب.

وشهدت بداية التسعينيات إضافتين نظريتين هامتين قدمهما بيك Beck تتمثل الأولى فى بحثه عن متغيرات الشخصية والإكتئاب، بينما تتمثل الثانية فى إعادة صياغة نظريته عن الإكتئات فى ضوء ذلك. وتعود مساهمته الأولى إلى الإهتمام بأعمال باولبى Bowlby عن التعلق وما يقابله من إحساس بالضياع، وهو ما دفع بيك وزملاءه إلى إجراء بحث عن الشخصية وما يجعلها عرضة للإكتئاب. فيرى باولبى أن إختلال العلاقات الإجتماعية يعتبر أساساً للإصابة بالإكتئاب، ووجد بيك أن هذا يعد صحيحاً بالنسبة لنمط واحد من نمطى الشخصية فحسب أسماه النمط المنتحى إجتماعياً Sociotropic أى الذى يتحرك إستجابة للمثيرات الإجتماعية داخل الجماعة. ووجد أن هذا النمط من الأشخاص يقدر العلاقات الحميمة وبالتالى يصبح مكتئبا عند فسخ علاقة معينة، أو الإحساس بالرفض، أو بعد مروره بخبرة الحرمان الإجتماعى. وفى مقابل هذا النمط وجد بيك نمطاً آخر من الأشخاص أسماه النمط المستقل عن الآخرين autonomous يقدر أصحابه الإستقلال عن الآخرين والحراك. ومن المحتمل إصابتهم بالإكتئاب عندما لايستطيعون تحقيق الإنجاز الذى يتمنونه أو عندما لايستطيعون الحراك، أو عندما يفشلون فى تحقيق

أهدافهم. كذلك فإنهم يصبحون عرضة للإكتئاب إذا ما تم إجبارهم على الإمتثال. ويمثل هذان النمطان نهايتين لبعد واحد على مقياس أسماه بيك الإنتحاء الإجتماعى ـ الإستقلال عن الجماعة. Sociotropy - autonomy وكما قد يؤدى التفاعل بين نمط الشخصية وبين الخبرات السلبية للفرد إلى الإكتئاب فإنه قد يؤدى أيضاً إلى القلق، إلا أنه فى حالة القلق تمثل الضغوط تهديداً بالحرمان أو الفشل وذلك بدلاً من وقوع الحدث فعلاً كما هو الحال فى الإكتئاب.

ويعطى الفرق بين هذين النمطين من الشخصية الفرصة لإجراء مزيد من الدراسات حول التفاعل بين أنماط الشخصية وأحداث الحياة فى تطور الإكتئاب. إلا أن النتائج التى تم التوصل إليها للآن فى هذا المجال ليست حاسمة إذ وجد هامين وآخرون (١٩٨٩) Hammen et. al على سبيل المثال أن هناك علاقة بين نمط الضغوط ونمط الشخصية عند المرضى الذين لديهم تلك النزعة إلى الإستقلال عن الجماعة بدرجة كبيرة فقط، فى حين وجد سيجال وآخرون (١٩٨٩) Segal et. al ـ على النقيض من ذلك ـ مثل هذه العلاقة لدى المرضى المنتحين إجتماعياً فقط أى الذين يتحركون إستجابة للمثيرات الإجتماعية داخل الجماعة، وليس لدى كل هؤلاء المرضى بل لدى أولئك الذين يتعرضون لحدوث إنتكاسه فقط من بينهم. وهذا يعنى أن أحداثاً معينة من أحداث الحياة يمكن أن تثير الإكتئاب بين الأشخاص من أى من نمطى الشخصية.

وفيما يتعلق بإعادة صياغة بيك لنموذجه عن الإكتئاب فقد حاول أن يحدد ما إذا كانت معارف المرضى المكتئبين عقلانية أو لا عقلانية مع تأكيد على سلبية ولا عقلانية تفكيرهم حيث يرى أنه يتسم بما يلى:

١ ـ التأكيد على الجوانب السلبية فى أحداث الحياة.

٢ ـ العزو الذاتى للمشكلات التى قد تحدث فى كل المواقف، أى عزوها للذات وإعتبارها هى المسئولة عن تلك المشكلات، وهو ما يؤكد على مسئوليته الشخصية فى ذلك.

٣ ـ الحط من القيمة الذاتية للفرد نتيجة لعزو المسئولية لذاته.

٤ ـ التعميم الزائد للأخطاء والنقائص التى تتعلق بالماضى أو الحاضر أو المستقبل.

٥ ـ النظرة الضيقة لحل المشكلات والتى تمنع أو تعوق توليد حلول بديلة ولاتتيح الفرصة للتقدم أو التحسن.

هذا ولم يؤكد بيك على لاعقلانية الأفكار اللاتواؤمية حيث يرى أن تلك الأفكار أو الإعتقادات ستصبح فى وقت ما من حياة الفرد ذات معنى ومغزى. وإلى جانب ذلك يرى بيك أن تفكير الفرد يسير وفق تتابع معين بحيث يأخذ الشكل التالى:

١ ـ ينحو التنظيم المعرفى للأفراد غير المكتئبين نحو الإيجابية.

٢ ـ يصبح هذا التنظيم الإيجابى محايداً مع تحرك الفرد باتجاه الإكتئاب.

٣ ـ ينحو هذا التنظيم والتفكير نحو السلبية مع تطور الإكتئاب.

٤ ـ وأخيراً ينحو هذا التنظيم والتفكير باتجاه السلبية المبالغ فيها فى حالة الإضطراب ثنائى القطب كما هو الحال فى ذهان الهوس والإكتئاب.

وقد أعاد بيك صياغة نموذجه فى الإكتئاب فى ستة نماذج مستقلة ولكنها متداخلة وذلك على النحو التالى:

١ ـ النموذج العرضى أو المستعرض.

٢ ـ النموذج الإستنتاجى البنائى.

٣ ـ النموذج المتأثر بالضغوط.

٤ ـ نموذج التفاعل المتبادل.

٥ ـ النموذج السيكوبيولوجى.

٦ ـ النموذج التطورى.

ويتناول النموذج العرضى أو المستعرض خبرات الهُنا والآن here and now والتى تلعب دوراً رئيسياً فى حدوث الإكتئاب. أما النموذج الإستدلالى البنائى فيتناول الأبنية المعرفية المسئولة عن الإكتئاب بما تحمله من أفكار أوتوماتيكية وإعتقادات سلبية تؤدى إلى الإكتئاب مع محاولة تفنيد ودحض هذه الأفكار والإعتقادات وإعادة بنائها من جديد. ويعد النموذج المتأثر بالضغوط هو الأقرب إلى نظريته الأصلية والتى تمثل فيها الأبنية المعرفية أساساً معرفياً يتم التعبير عنه حينما يثيره حدث ما من أحداث الحياة. ويفترض نموذج الإنتحاء الإجتماعى ـ الإستقلال عن الجماعة أن أنواعاً معينة من أحداث الحياة من المحتمل أن تثير الإكتئاب بين الأفراد الذين لديهم أنماطاً معينة من الإعتقاد الجوهرى. أما نموذج التفاعل المتبادل فيتناول الديناميات بين الشخصية المسببة للإكتئاب حيث نجد على سبيل المثال أن التفاعلات الصعبة بين المعالج والمريض تعكس تفاعلات بين الإعتقادات الخاصة بهما يتم تعزيزها بشكل تبادلى. ويرى بيك أن نموذج التفاعل المتبادل ينطبق بشكل أكثر على إستمرار الإكتئاب أكثر من إنطباقه على بدايته. ويتناول النموذج السيكوبيولوجى أوجه النقص البيولوجية والسيكلوجية (المعرفية ـ والإنفعالية ـ والسلوكية) والتى تؤثر بدورها على الإكتئاب، فى حين يعرض النموذج التطورى لكيفية تطور الأبنية المعرفية المسئولة عن حدوث الإكتئاب. وعلى ذلك يتضح وجود قدر من التداخل بين هذه النماذج الستة.

ومن التطورات الهامة التى شهدها ميدان العلاج المعرفى السلوكى خلال التسعينيات الإهتمام الزائد باضطرابات الشخصية وتطبيقاتها الإكلينيكية. وقد إستلزم ذلك حدوث تغيرات فى كيفية إستخدام هذا الأسلوب العلاجى فى هذا المجال حيث يوجد العديد من المؤثرات التى كشفت عنها نتائج الدراسات المختلفة والتى تؤثر فى الشخصية وهى الجانب المعرفى، والخصائص النمائية، والجانب الإنفعالى، وكذلك العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض والتى تلعب دوراً حيوياً فى العلاج. وكنتيجة لذلك ظهرت أشكال جديدة من العلاج المعرفى السلوكى من

أهمها «العلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول الأبنية المعرفية» Schema - Focused Cognitive behavior therapy. وإلى جانب ذلك إمتدت تطبيقات العلاج المعرفى السلوكي لتشمل مجموعة من الإضطرابات كالغضب والقلق، والإضطرابات النفس إجتماعية، والمشكلات الزواجية، وإضطرابات الأكل، والإدمان، وإساءة إستخدام المواد، والعديد من مشكلات الأطفال، والتخلف العقلى، والإضطرابات الذهانية. وقد تضمن العلاج خليطاً من التكنيكات المعرفية والسلوكية. ويرى روزن (١٩٩٣) Rosen أن عدد الدراسات الإمبيريقية التى أكدت فاعلية هذا الأسلوب العلاجى فى علاج الإضطرابات المختلفة قد تزايد بشكل كبير. كذلك فقط ظهرت أهمية التفاعلات بين الشخصية والأبنية المعرفية فى حدوث التوتر النفسى، فصورت الإنفعالات على أنها مصدر للمعلومات حول الفرد وحول البيئة، وتم إستخدام المزيد من المفاهيم النمائية والتاريخية. وفى هذا الإطار يؤكد ليوتى (١٩٩١) Liotti وسافران وآخرون (١٩٩٠، ١٩٩٣) Safran et. al على العمليات بين الشخصية وأهمية الإنفعالات فى العلاج النفسى، ويؤكد روزن (١٩٩٣) Rosen على الناحية النمائية. وقد أدت مثل هذه الإتجاهات إكلينيكياً إلى نقل الإهتمام إلى الخبرات الأولى فى الحياة، وإلى إستخدام تكنيكات تجريبية وإنفعالية لتناول الإنفعالات وما يرتبط بها من إعتقادات. ويعد الإهتمام بالخبرات الأولى فى الحياة علاجاً لإحدى سلبيات الإتجاه المعرفى السلوكى فى العلاج النفسى حيث كان يتم الإهتمام بأعراض المشكلة فقط دون الرجوع إلى جذورها.

ويرى بيك (١٩٩٣) Beck أن من التطورات الجديدة فى تطبيقات العلاج المعرفى السلوكى تناوله لإضطراب إنعصاب مابعد الصدمة post - traumatic Stress discrder (PTSD) كحالات الإغتصاب على سبيل المثال، إلى جانب إضطرابات أخرى كتعدد الشخصيات، والغيرة، والفوبيا الإجتماعية، والأرق. ويضيف ساندرسون وويتزلر (١٩٩٥) Sanderson & Wetzler أن إضطراب الهلع قد شهد هو الآخر تطوراً فى تناوله حيث أصبح يتم تناوله دون أن تصاحبه الفوبيا بعد أن كان تناوله فى السابق يقتصر على أن يكون مصحوباً بفوبيا الأماكن الواسعة. كما

تتمثل إحدى التطورات الهامة فى تطبيقات العلاج المعرفى السلوكى من وجهة نظر بيك (١٩٩٣) فى صياغة نموذج معرفى معين لكل إضطراب من تلك الإضطرابات التى تم تناولها حديثاً. وتعتمد الفكرة الجوهرية فى مثل هذه التطبيقات على ما يلى:

١ ـ الإطار العام للنظرية المعرفية، بمعنى أن هناك تحيزاً فى تجهيز المعلومات ينتج عنه سلوك مختل وظيفياً وتوتر مفرط أو كلاهما معاً.

٢ ـ أن هناك إعتقادات معينة تتجمع معاً فى أبنية معرفية ثابتة نسبياً تؤدى إلى مثل هذه الصعوبات. ويقوم المعالجون بالبحث عن الإعتقادات المختلة وظيفياً وإكتشافها وتقديم تفسيرات لها.

هذا ويتناول بعض المنظّرين والباحثين جانباً من تلك التطورات التى شهدها ميدان العلاج المعرفى السلوكى منذ نهاية الثمانينيات وخلال عقد التسعينيات وذلك على النحو التالى:

١ ـ التنظيم الهرمى للأبنية المعرفية:

يرى العديد من الباحثين أن الأبنية المعرفية تترتب بشكل هرمى، فيوجد بناء معرفى جوهرى أو أساسى وآخر سطحى أو ثانوى. وترتبط الأبنية الجوهرية بمفهوم الهوية لدى الفرد. ويرى يونج (١٩٩٠) Young أن هذه الأبنية ليست إشتراطية، كما أنها تقاوم التغيير. ويرى سافران (١٩٩٠) Safran أن هناك العديد من الأمور التى يجب مراعاتها عند تقييم الأبنية والعمليات المعرفية الجوهرية منها ما يلى:

أ ـ أن الأبنية المعرفية الجوهرية تنعكس فى المعارف الذاتية للفرد.

ب ـ أن الأبنية المعرفية الجوهرية تبدو سائدة فى العديد من تلك المواقف التى يتعرض الفرد لها.

جـ ـ أن هناك أفكاراً عامة ومشتركة لدى العديد من المرضى، وخصوصاً تلك

الأفكار التى تتضمن حب الناس للفرد (الإنتحاء الإجتماعى) Sociotropy والكفاءة (الإستقلال عن الجماعة) autonomy.

د - حينما تثار الأبنية الجوهرية ينتج عنها مستوى مرتفع من الإنفعالات يؤثر على تصوير المريض لخبراته.

هـ - يقوم المعالج باختيار الاستراتيجيات العلاجية المناسبة وفقاً للأبنية الجوهرية لدى المريض إذ نجد على سبيل المثال أن الأفراد المنتحين إجتماعياً يستفيدون بشكل كبير من التركيز خلال العلاج على الجانب بين الشخصى، فى حين يستفيد الأفراد الذين يميلون إلى الإستقلال عن الجماعة من ذلك الإتجاه الموجه بدرجة كبيرة نحو أداء مهمة معينة.

٢ - الإهتمام بالعمليات الدفاعية:

يرى العديد من الباحثين والمنظّرين فيما يتعلق بهذا المنحى العلاجى أن تحديد وتعبير الفرد عن إعتقاداته الجوهرية المختلة وظيفياً يولد القلق، ومن ثم يحاول الفرد أن يحمى نفسه منه وذلك بتطوير مجموعة من الإعتقادات يبدو أنها تسير فى مواجهة محتوى الأبنية الجوهرية. فنجد على سبيل المثال أن المريض الذى لديه بناء معرفى جوهرى عن عدم جدواه أو عدم قيمته قد يطور مجموعة دفاعية من الأبنية المعرفية تتعلق بقوته وإستعداداته ينتج عنها شعور بالعظمة وذلك بطريقة نرجسية، وهو ما أطلق عليه يونج (١٩٩٠) Young عملية التعويض داخل الأبنية المعرفية Schema Compensation وهناك عملية دفاعية أخرى أطلق عليها يونج «التجنب» أى تجنب البناء المعرفى Schema avoidance يتم من خلالها تجنب ذلك البناء المعرفى إنفعالياً أو معرفياً أو سلوكياً وذلك على النحو التالى:

أ - **من الناحية المعرفية:** ويتم ذلك عن طريق القمع، أو إنكار الأحداث، أو إختلال الأنية (فقد الهوية) depersonalization.

ب - **من الناحية الإنفعالية:** عن طريق فقد الإحساس، أو التفكك والإنفصال dissociation أو التقليل من شأن الخبرات المؤلمة إلى الحد الأدنى.

جـ ـ من الناحية السلوكية: وذلك عن طريق تجنب المواقف التى يحتمل أن تعمل على إثارة البناء المعرفى الجوهرى.

كما أن هناك عملية دفاعية أخرى تعرف «بالإبقاء» أى الإبقاء على البناء المعرفى كما هو. ويعد ذلك تطوراً بإتجاه العمليات اللاشعورية لم يتم تناوله من قبل خلال هذا المنحى العلاجى.

٣ ـ الإهتمام بالعلاقات بين الشخصية والعلاقة العلاجية:

تعد الأبنية المعرفية المتعلقة بالعلاقات بين الشخصية وأنماط العلاقات التى تطورت على مدى العديد من السنوات هى أهم الأبنية التى يجب أن يتم التعامل معها حيث نجد أن المشكلات السائدة لدى المريض تعكس الأبنية المعرفية المتعلقة بالعلاقات بين الشخصية والمختلة وظيفياً. ويساعد ذلك بطبيعة الحال فى تقييم الموقف، كما أنه يساعد المريض من ناحية أخرى على فحص وتعديل مثل هذه الأبنية وذلك من خلال تكنيكات مثل التدريب على المهارات الإجتماعية، والتدريب على حل المشكلات. كذلك فإن العلاقة العلاجية تلعب دوراً هاماً فى الكشف عن علاقات المريض، وتوفر الفرص اللازمة والهامة لفهم وتعديل كل من الأبنية المعرفية المتعلقة بالعلاقات بين الشخصية، والسلوك. ولذا فقد لقت العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض ومدى دفئها إهتماماً كبيراً وتأكيداً قوياً على أهميتها فى تحقيق التقدم خلال العلاج. وفى هذا الإطار وجد بورنز ونولين ـ هوكسيما Burns & Nolen - Hoeksema (١٩٩٢) فى دراستهما على عينة من المرضى الذين يعانون من إضطرابات وجدانية مختلفة تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات بحسب مدة خبرة المعالجين وما تعكسه من قوة العلاقة العلاجية ومدى دفئها أن المرضى الذين كان يقوم على علاجهم معالجون أكثر خبرة وبالتالى أكثر دفء فى العلاقة قد حققوا تحسناً بدرجة أكبر وذى دلالة قياساً بأقرانهم الذين قام على علاجهم معالجون أقل خبرة وأقل دفء فى علاقتهم، وهو ما يعنى أن العلاقة العلاجية لها تأثير جوهري على درجة التحسن. هذا وتعد هذه النقطة التى نحن

بصدد الحديث عنها علاجاً لإحدى السلبيات السابقة للعلاج المعرفى السلوكى حيث لم تتلق العلاقة العلاجية الإهتمام الملائم من قبل.

٤ ـ التركيز على دور الإنفعالات:

يرى جمع من المنظرين والباحثين أنه عندما يتم فحص أفكار وإتجاهات معينة فى وجود إثارة إنفعالية ملائمة فإن التغير سوف يحدث، وهو مالم يلق الإهتمام الكافى من قبل، لكن عاد كل من بيك وإليس وأولياه مزيداً من الإهتمام والتركيز حيث هناك علاقة قوية بين المعرفة والإنفعال، وأن مثل هذه العلاقة تميل إلى التركيز إما على أثر الإنفعال على العمليات المعرفية أو دور العمليات المعرفية فى حدوث الحالات الإنفعالية. ويتم تقديم الإنفعال من خلال الفرد وذلك بأسلوبين إما أن يخبر الفرد العادى حالة مؤقتة من الإثارة الإنفعالية، أو قد يخبر إثارة إنفعالية مزمنة إضافة إلى الإنشغال، وبالتالى قد يكون ذلك الإنفعال إما سمة أو حالة، ويمكنه فى تلك الحالة أن يؤثر على التجهيز المعرفى. وإلى جانب ذلك قد توجد هناك علاقة بين المحتوى الإنفعالى للمواد والحالة الإنفعالية للفرد أو إنشغالاته. وجدير بالذكر أن للإنفعال أثراً قوياً على المعرفة، كما أن أثر العمليات المعرفية على الحالات الإنفعالية للأفراد لايقل عنه، فالتمثيلات المعرفية كالأفكار والصور تترك أثراً قوياً على الإنفعال. ونظراً للأهمية التى أوليت للإنفعالات فقد تم الإهتمام بالإثارة الإنفعالية من خلال التعريض، وهو ما تم تضمنه فى العديد من الإستراتيجيات العلاجية المختلفة مثل التحصين التدريجى، والتدريب على إدارة القلق، والتشغيل الإنفعالى.

٥ ـ التركيز على الأمور التطورية:

ونعنى بذلك البحث عن الجذور التاريخية لتطور الإعتقادات اللاتواؤمية وخصوصاً فى حالة إضطرابات الشخصية إذ يصف يونج (١٩٩٠) Young البناء المعرفى الجوهرى بأنه عبارة عن بنية لاتواؤمية تكونت فى وقت مبكر من حياة الفرد وتطورت من الطفولة إلى المراهقة فالرشد، ومن ثم فإنها تقاوم التغيير.

وللتعامل الناجح معها يجب الرجوع إلى بدايتها وتذكر التاريخ والمواقف التى تطورت فيها، وهذا من شأنه أن يقلل من الإنفعالات السلبية للمريض. ويتم فى هذا الصدد إستخدام تكنيكات المقابلة الإكلينيكية، وتخيل الخبرات المبكرة، ولعب الدور العكسى بين المريض والمعالج. ويعد هذا الإهتمام بالخبرات المبكرة علاجاً لإحدى سلبيات الإتجاه المعرفى السلوكى فى العلاج والتى تتعلق بعدم الإهتمام بجذور المشكلة.

وإلى جانب ذلك فقد تم تقديم عدد من النماذج المعرفية للعديد من الإضطرابات. ومن بين أهم هذه النماذج ما يلى:

ـ الهلع: Panic

تنتج إضطرابات الهلع عن إساءة تفسيرات الإحساسات الجسمية التى يتم تقييمها على أنها مخيفة أو خطيرة أو مهلكة. ويؤدى التفسير المأسوى لها أو تفسيرها على أنها مأساة إلى التصعيد المستمر والقوى للقلق، ويعطى إثارة إضافية تؤدى إلى الهلع.

ـ القلق: anxiety

وهو عبارة عن أفكار لاتواؤمية مختلة وظيفياً ترتبط بمجموعة من الأعراض الجسمية الدالة على عدم الراحة، وبالمواقف الإجتماعية التى يشعر الفرد فيها بعدم قدرته على مسايرة الآخرين وتوقع الخطر، ويفقد ثقته بنفسه وبقدراته على أداء الأنشطة المختلفة بنجاح. ومن ثم تنشأ دوائر مفرغة ترتبط بتلك الأعراض الجسمية، والتجنب الإجتماعى، وفقد الثقة بالنفس.

ـ العدوان: aggression

وهو تفكير لاتواؤمى مشوه ومختل وظيفياً وأنماط سلوك لاتواؤمية تتعلق بالقدرة على ضبط النفس، إضافة إلى قدر كبير من التوتر تؤثر جميعاً سلباً على الأداء المعرفى للفرد فى مختلف المواقف الإجتماعية التى تتطلب أن يسبق فيها التفكير السلوك من جانب الفرد.

ـ الأرق: insomnia

عادات نوم لاتوافقية وإختلالات وظيفية للمعارف تتضمن الأفكار والإعتقادات المتعلقة بالنوم والإتجاهات نحو النوم والتى تزيد من تلك المشكلات المتعلقة بالنوم وتؤثر سلبا على الأداء اليومى للفرد.

ـ السمنة أو البدانة: Obesity

معارف مشوهة عن الطعام وعن صورة الجسم، وأنماط سلوك لاتوافقية تتعلق بالأكل وأداء التمارين، وتعمل على حدوث إختلال فى التوازن بين الطاقة والنشاط المبذول. ويؤدى إختلال التوازن هذا على مدى فترة من الزمن إلى حدوث زيادة كبيرة فى الوزن.

ـ الشره العصبى: bulimia nervosa

أفكار وإعتقادات وأنماط سلوك مختلة وظيفياً تتعلق بتناول الطعام مع معارف مشوهة عن تناول الطعام أيضاً وعن صورة الجسم تؤدى إلى عدم قدرة الفرد على تحديد نظام غذائى معين يسير عليه، أو تحديد وقت معين لتناول الوجبات أو كمية الطعام، وتؤدى بالتالى إلى زيادة الوزن وإلى سوء التوافق الإجتماعى.

ثانياً: إتجاه إليس Ellis

يعد العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى REBT نسقاً للعلاج النفسى يعلم الأفراد كيف تحدد أنساق إعتقاداتهم بدرجة كبيرة ردود أفعالهم الإنفعالية والسلوكية لأحداث الحياة. ومن الجدير بالذكر أن الإعتقادات المطلقة والصارمة وغير الواقعية والتى يتم تعلمها على هيئة «يجب» و«لابد» و«يتحتم» هى التى تمثل لب الإضطراب الإنفعالى والسلوكى كالإعتقاد المسبب للإكتئاب على سبيل المثال والذى يرى أنه «يجب أن أنال حب شريكى وأستحوذ عليه وإلا لن تصبح لى أى قيمة». ويمكن تغيير مثل هذه الإعتقادات عن طريق مجموعة من الطرق والأساليب متعددة النماذج (معرفية ـ إنفعالية ـ سلوكية ـ تخيلية) بغرض تطوير فلسفة عقلانية للحياة

ترتكز على التفضيلات والرغبات. ويفترض هذا الأسلوب العلاجى أنه من الأكثر إحتمالاً بالنسبة لنسق الإعتقادات المفضل أن يؤدى إلى الثبات الإنفعالى والسلوك البنائى الذى يساعد على تحقيق الهدف وذلك بشكل يفوق نسق الإعتقادات القائم على المطالب الدوجماتيقية. وتعتبر مهام الواجبات المنزلية ذات أهمية فى تحقيق كفاءة وفاعلية هذا العلاج حيث تشجع العملاء على إكتساب الثقة فى مواجهة المشكلات بعيداً عن جلسات العلاج، وتقلل من إحتمال إستمرارهم فى الإعتماد على المعالج. كما أنها تعد بمثابة قنطرة عبور بين الإستبصار العقلانى والإنفعالى فى تلك المشكلات التى تواجههم.

ويحدد إليس ثلاثة عشر محكاً للسواء النفسى هى:

١ ـ إهتمام الفرد بذاته وتحقيق رغباته المقبولة.

٢ ـ الحصول على الإهتمام الإجتماعى وجعل رغباته مقبولة على المستوى الإجتماعى.

٣ ـ تقبل الإحباط وإمكانية التعامل معه بواقعية.

٤ ـ المرونة فى الأفكار والأفعال.

٥ ـ توجيه الذات والإعتماد على النفس.

٦ ـ بقاء الفرد سعيداً على الرغم من عدم تأكده مما يحمله له المستقبل.

٧ ـ القدرة على تحقيق اللذة والسعادة على المدى الطويل.

٨ ـ التعهد ببذل محاولات خلاقة.

٩ ـ القدرة على التفكير العلمى.

١٠ ـ القدرة على مواجهة المخاطر.

١١ ـ الواقعية.

١٢ ـ تقبل الذات.

١٣ ـ الشعور بالمسئولية الذاتية عن الإضطراب الإنفعالى وعدم لوم الآخرين أو الظروف البيئية على ذلك.

وفى سبيل الوصول بالمرضى إلى درجة معقولة من السواء النفسى كان إليس حريصاً على توفير علاج مناسب وفعال لهم، ولذلك لفت الأنظار مع بداية عقد التسعينيات إلى موضوع حيوى أطلق عليه الإستحواذ التام على الإهتمام والإنتباه والطاقة Consumerism فى العلاج النفسى أى مدى تلبية إهتمامات الفرد من خلال عملية الإرشاد أو العلاج. ولذلك فهو يحدد العديد من الأشكال غير الفعالة للعلاج فى هذا الإطار منها ما يلى:

١ ـ تلبية الإهتمامات الدالة على إنهزام الذات:

ويستخدم المرضى خلالها العلاج كوسيلة تجعلهم يشعرون بأنهم أفضل أى أنهم يشعرون بدرجة معقولة من التحسن ولكنها فى الواقع لاتجعلهم أفضل بل إنهم يشعرون فقط بذلك، بمعنى أن المسألة كلها تصبح مجرد شعور بالتحسن وإن كان الواقع غير ذلك. ومن ثم فهى تترك أفكارهم التى تؤدى إلى الإضطراب كما هى.

٢ ـ الإهتمام غير المناسب من جانب بعض المعالجين:

ومن الأساليب التى تدل على ذلك أن يعتقد المعالج مثلاً أن عليه أن يحصل على موافقة مرضاه على ما سيفعله مما يؤدى بالمريض إلى أن تسوء حالته بدلا من أن تتحسن، وهو ما يجعل مثل هؤلاء المعالجين يرفضون أن يدفعوا بمرضاهم للقيام بما يتطلبه التغيير عادة من أعمال صعبة.

٣ ـ الإهتمام غير المناسب من جانب بعض أنماط العلاج المعرفى السلوكى:

وتتضمن مثل هذه الأنماط العلاجية مناقشة الإستنتاجات السلبية والمشوهة للمرضى فقط دون أن تعمل على إزالة الأساس الفلسفى لمثل هذه الإضطرابات الإنفعالية والذى يتمثل فى مجموعة «الواجبات» المطلقة مثل «يجب» و«لابد» و«يتحتم».

ولذلك يرى إليس أنه لكى نتغلب على مثل هذا الأمر وحتى يكون العلاج فعالاً يجب أن يولى المعالج مزيداً من الإهتمام بعملية الإرشاد، وأن يستخدم التكنيكات الملائمة التى تعمل على التخلص من مشكلات المريض وليس مجرد التخفيف منها. وسوف نخصص جزءاً تالياً خلال الفصل الحالى لتناول الإرشاد فى هذا الإطار العقلانى الإنفعالى السلوكى وكيفية إستخدامه فى هذا الصدد.

ومع بداية عقد التسعينيات إتسع مدى أو نطاق المشكلات والإضطرابات التى تناولها العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى ليشمل إدمان الكحوليات، وإساءة إستخدام المواد، وإضطرابات القلق، ومشكلات الأطفال والمراهقين، كما تم إستخدامه أيضاً مع حالات التخلف العقلى القابلة للتعلم. وإلى جانب ذلك إتخذ العلاج عدداً من الأنماط والنماذج فوجدنا العلاج الجماعى، والإرشاد الزواجى، والعلاج الأسرى، إضافة إلى العلاج الفردى.

ويتمثل أحد التطبيقات الجديدة لهذا الأسلوب العلاجى من وجهة نظر إليس (١٩٩٥) فى إستخدامه لبرنامج الشفاء العقلانى Rational Recovery (RR) الذى قدمه چاك ترمبى (١٩٨٩) Jack Trimpey والذى يستخدم مع حالات الإدمان المختلفة، ويضم العديد من جماعات الخدمة الذاتية حيث يقومون بخدمة أنفسهم فى التعامل مع مشكلاتهم الإنفعالية والسلوكية. وبذلك فإن هذا البرنامج يهدف إلى منع إعتماد العميل على المعالج ولكنه فى الوقت ذاته يسمح بوجود تعاون بينهما إضافة إلى التشجيع والمساندة. كما يهدف أيضاً إلى تعليم العملاء أن يقبلوا أنفسهم دون شرط وذلك بتعليمهم القيام بما هو مطلوب منهم فقط، وألا يقوموا بعملية تقييم لتلك الأفعال أو للذات بشكل عام على الأقل فى الوقت الذى يتلقون فيه العلاج. ويتم هذا البرنامج من خلال مجموعة علاجية من المرضى يوجههم أحد المعالجين، ويعتمدون على أسلوب الخدمة الذاتية (إخدم نفسك بنفسك) فى الشفاء من إدمان الكحوليات وذلك كتطوير لإتجاه آخر كان سائداً فى هذا المجال يعرف بإسم «مدمنى الكحول ذوى الأسماء الوهمية أو

المستعارة» Alcoholics Anonymous (A A). ويتمثل الفرق بين هذين الإتجاهين فيما يلى:

١ ـ يحدد برنامج الشفاء العقلانى R R أن موضع الضبط المسئول عن حدوث التغيير يكون داخل الفرد نفسه، فى حين يرجعه برنامج مدمنى الكحول ذوى الأسماء الوهمية أو المستعارة A A إلى قوى أعلى مثل الله، أو أثر المجموعة العلاجية على سبيل المثال.

٢ ـ يؤكد برنامج الشفاء العقلانى أن إدمان الكحول يمثل فلسفة حياة شخصية مدمرة للذات فى حين يراه برنامج مدمنى الكحول ذوى الأسماء الوهمية أو المستعارة A A على أنه مرض.

٣ ـ يؤكد برنامج الشفاء العقلانىR R على إقلاع الفرد عن إدمان الكحول فى الوقت الذى يضع فيه إحتمال حدوث إنتكاسة حيث لايزال الفرد عرضة للرجوع إليه مرة أخرى أى أنه يكون عرضة للإنتكاسة فى حين يؤكد برنامج مدمنى الكحول ذوى الأسماء الوهمية أو المستعارة A A على أن الإقلاع عن الإدمان هنا يعتبر شفاء منه مدى الحياة. وهذا أمر غير جائز بطبيعة الحال، وبالتالى يعد برنامج الشفاء العقلانى R R هو الأفضل فى هذا الصدد، ولكن يؤخذ عليه بعده عن الوسائل التى يستخدمها العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى مما أدى إلى ظهور إتجاه جديد مطور عنه يعتمد على الأساليب والفنيات المستخدمة فى هذا الأسلوب العلاجى بدرجة أكبر ويعرف بإدارة الذات والتدريب على الشفاء Self - Management and Recovery Training (SMART).

ويرى إليس (١٩٩٥) أن الفنية الإنفعالية التى قدمها بالإشتراك مع فيلتين Velten (١٩٩٢) والتى تعرف بالحوار الذاتى أشبه بتلك التى إستخدمها ميتشنبوم ولكن يقوم العميل خلالها بتسجيل معتقداته وأفكاره اللاعقلانية وتقييمه لذاته على شريط ويحاول وهو يستمع إليها أن يقوم بدحضها وتفنيدها بعد تدريبه على ذلك،

ثم يقوم بالإستماع إلى الدحض والتفنيد الذى قدمه لهذه الأفكار والمعتقدات ويجعل الآخرين يستمعون إليها معه ليروا سوياً ما إذا كانت قوية ومقنعة أم لا.

ويؤكد درايدن وديجيوسيب (١٩٩٠) Dryden & Di Giuseppe أنه على الرغم من أن نموذج إليس ABCDE يعد هو جوهر أسلوب العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى وتطبيقاته فإن الخطوات المتتابعة المتضمنة فى تطبيق هذا النموذج ليست مصورة أو محددة بوضوح. وحتى يتم توضيح هذه العملية قاما معاً بتطوير هذا الأسلوب ليصبح فى تتابع يضم ثلاث عشرة خطوة تشبه إلى حد كبير تلك التى يتم إستخدامها فى الإرشاد. وتتحدد تلك الخطوات على النحو التالى:

أ ـ البحث عن المشكلة (S) وتقييم العناصر المتعلقة بها من أحداث منشطة (A) ونتائج (C). وتضم الخطوات من ١ ـ ٥ كالتالى:

١ ـ البحث عن المشكلة.

٢ ـ تحديد المشكلة المستهدفة والموافقة عليها.

٣ ـ تقييم النتائج (C).

٤ ـ تقييم الأحداث المنشطة (A).

٥ ـ تحديد وتقييم أى مشكلات إنفعالية ثانوية.

ب ـ تعليم المريض كيفية تحديد العلاقة أو الإرتباط بين الإعتقادات والنتائج B - C والذى يعنى أن الإعتقادات تؤدى على نطاق واسع إلى نتائج إنفعالية، وربط ذلك بالإضطراب الإنفعالى للمريض. ويضم ذلك الخطوات من ٦ ـ ٨ كالتالى:

٦ ـ التدريب على تحديد العلاقة بين الإعتقادات والنتائج B - C وتقييمها.

٧ ـ تقييم الأفكار اللاعقلانية iB

٨ ـ ربط الأفكار اللاعقلانية i B بالنتائج C (الإضطراب الإنفعالى).

جـ ـ تفنيد الإعتقادات اللاعقلانية للمريض dispute (D) وذلك عن طريق إجراء مناقشة معه فى هذا الصدد، وإيضاح كيفية تعميق إقتناعه بالإعتقادات العقلانية المكتسبة حديثاً من خلال مهام الواجبات المنزلية والتى يتم مراجعتها مع المريض فى الجلسة التالية. ويمكن أن نستخدم هنا تلك الفنية التى قدمها ديجيوسيب (١٩٩١) Di Giuseppe والتى تعرف بالمناقشة المعرفية الشاملة والتفنيد Comprehensive Cognitive dispute والتى سوف نعرض لها بعد ذلك. وتضم هذه النقطة الخطوات من ٩ ـ ١٢ كالتالى:

٩ ـ دحض وتفنيد الأفكار اللاعقلانية.

١٠ ـ إعداد العميل لتعميق إعتقاده فى أفكاره العقلانية من خلال المناقشة.

١١ ـ إعطاء العميل واجبات منزلية حتى يتسنى له الممارسة.

١٢ ـ مراجعة الواجبات المنزلية.

د ـ مواجهة الإعتقادات اللاعقلانية للمريض فى مجموعة من المواقف المشكلة وذلك حتى يتسنى له إستدخال نظرته العقلانية الجديدة. وتمثل هذه المرحلة الخطوة الثالثة عشرة والأخيرة.

ويرى درايدن وآخرون (١٩٩٣) Dryden et. al أن هذه الخطوات الثلاث عشرة تؤلف فى مجملها التطبيق الفعال ذا الكفاءة للعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى. وجدير بالذكر أنها تشبه إلى حد كبير تلك الخطوات المتتابعة التى يتم استخدامها مع الإرشاد فى هذا الصدد، إلا أن الفرق بين الإتجاهين يغدو واضحاً عند إستعراضنا للإرشاد إضافة إلى الفرق الأساسى الذى يتضح بين العلاج والإرشاد.

ومن ناحية أخرى إقتنع إليس (١٩٩٤) بتطبيق نموذج الإنفعالات الذى إقترحه درايدن (١٩٩٠) Dryden بعد أن كان نموذج الإنفعالات السابق الذى سار عليه إليس يرى أن هناك إنفعالات ملائمة وأخرى غير ملائمة، وجميعها يمثل حالات سلبية، فى حين يقترح درايدن Dryden تصنيفاً آخر للإنفعالات السلبية على أنها

صحية healthy وغير صحية Unhealthy كالقلق فى مقابل الهم، والإكتئاب فى مقابل الحزن وذلك كأسباب أكثر تعقيداً لإستجابات الأفراد لأحداث الحياة الضاغطة أو غير السارة. ويرى أن الإنفعالات السلبية غير الصحية تعوق تحقيق الأهداف، وتقلل من قدرة الفرد على الإستمتاع بالحياة، وتؤدى به إلى أنماط سلوكية تدل على إنهزام الذات. أما الإنفعالات السلبية الصحية على الجانب الآخر فهى على الرغم من كونها تساهم إلى حدما فى حدوث التوتر الإنفعالى فإنها مع ذلك تعمل كمثير لتحقيق الأهداف، وتزيد من قدرة الفرد على الإستمتاع بالحياة، وتؤدى به إلى أنماط سلوكية تدل على مساعدة الذات Self - helping behaviors ولذا وجد إليس أن هذا النموذج به مزايا أفضل من نموذجه الذى إقترحه هو من قبل. وقد قام إليس فى ضوء نموذج الإنفعالات هذا بفحص وتوسيع نموذجه ABC فى تفسير الإضطراب الإنفعالى حيث وجد أنه لايزال يتسم بالتبسيط الزائد، ولايتناول العديد من المعلومات الهامة عن الإضطراب الإنسانى وكيفية علاجه. وتمثل الهدف من ذلك فى جعل هذا النموذج يتناول التفاعلات المعقدة بين الأحداث المنشطة (As) والإعتقادات (Bs) والنتائج (Cs). فعلى سبيل المثال نجد أنه إذا إعتقدت سيدة ما (B) بأنها يجب أن تحظى دوماً بقبول الآخرين، فإنها تقوم بتحويل التعنيف الذى يتم توجيهه إليها بشكل لطيف من جانب صديق أو صديقة لها عند (A) إلى رفض صريح لها، وبالتالى فإنها تخبر الإكتئاب بدلاً من الحزن عند (C).

وإقترح ديجيوسيب (١٩٩١) Di Giuseppe تكنيكاً يستخدم فى هذا الإتجاه العلاجى يعرف بإسم المناقشة المعرفية الشاملة Comprehensive Cognitive disputing ويرى أنه يساعد المريض على مواجهة أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية من خلال خطوط منطقية وإمبيريقية وبناء دلائل عقلانية (طبيعة المناقشة والتفنيد) وذلك بأساليب جدلية وتعليمية يتعامل خلالها مع الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية فى سياقاتها المختلفة، ويناقش مجموعة «الواجبات» musts التى يجب على العميل أن يمارسها دون أن نفترض أمامه أن مواجهة الفكرة اللاعقلانية سوف يؤدى

بالضرورة وبصورة آلية إلى تغيرات عقلانية فى إعتقادات وأفكار لاعقلانية أخرى. كما يرى أيضاً أن هذه المناقشة المعرفية الشاملة تعد إضافة قوية لتلك التكنيكات التى يتسلح بها المعالج فى مواجهته لمختلف الإضطرابات.

وتعد هذه الفنية من وجهة نظر ديجيوسيب (١٩٩٥) Di Giuseppe بمثابة توسع على النموذج الأصلى ABC عند إليس وذلك التعديل أو التوسع الذى قدمه ويسلر وويسلر (١٩٨٠) Wessler & Wessler والذى يريان فيه أن الإعتقادات تتألف من عنصرين هما الإعتقادات الإستنتاجية والتى تعد بمثابة نتيجة عن العالم يتوصل إليها الفرد، والإستنتاجات التقييمية والتى تعتبر بمثابة تقييم ومعانى يعطيها الفرد لهذا العالم. ويميز ديجيوسيب Di Giuseppe بين أنواع الإعتقادات ويرى أنه عندما يواجه المريض حدثاً منشطاً (A) فإنه يقوم باستنتاج معين عن العالم، ثم يقوم بعد ذلك بتقييم هذا الإستنتاج. ومع ذلك فإن هذه الإستنتاجات وتلك التقييمات يتم القيام بها كنتيجة لنماذجها أو أبنيتها العقلية الجوهرية. كذلك فهو يرى أن الإعتقادات اللاعقلانية تنقسم إلى قسمين هما تقييم الأحداث أو الإستنتاج، والأبنية العقلية الجوهرية التى يصور المريض العالم من خلالها. وبذلك فإن هذا النموذج يقسم الإعتقادات إلى ثلاثة أنواع هى الإستنتاجات، والتقييم، والإعتقادات اللاعقلانية الجوهرية. ومن هذا المنطلق يرى ديجيوسيب Di Giuseppe أن الإعتقادات اللاعقلانية لاتؤدى إلى الإنفعالات المضطربة فى نموذج خطى، حيث يرى فى هذا الصدد أن الإنسان يفكر بطريقة إستنتاجية إفتراضية، وأن الإستنتاجات أو الأفكار الأوتوماتيكية السلبية أو اللاعقلانية التى يخبرها الفرد تقتصر على تلك الخبرات التى تتسق مع الأبنية العقلية الجوهرية لديه أو رؤيته عن العالم، وأن الأفراد يقومون بمناقشة ودحض وتفنيد الإستنتاجات التى يقومون بها من خلال أبنيتهم العقلية الجوهرية، وبالتالى فإن التقييم الذى يقومون به يشتق منطقياً من نفس البنية أو رؤيتهم للعالم، أى من الأفكار اللاعقلانية الجوهرية. وتمثل عملية المناقشة والتفنيد مواجهة حقيقة إعتقادات المريض وإعادة بناء إعتقاداته

الجديدة. ومما لاشك فيه أن مثل هذه المناقشة تتبع مجموعة معقدة من المجادلات على غرار طريقة إليس وفى ضوئها.

ولايفوتنا فى هذا المقام أن نذكر أن إليس قد قام فى عام ١٩٩٣ بتعديل إسم أسلوبه العلاجى من «العلاج العقلانى الإنفعالى» RET إلى «العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى» REBT إذ يقرر أن العلاج العقلانى الإنفعالى كان معرفياً وإنفعالياً بدرجة كبيرة، ومع ذلك كان سلوكياً بشكل خاص، أما الإسم الجديد المتمثل فى العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فيعكس الإتجاه ذا النموذج الثلاثى فى التعامل مع الإضطرابات الإنفعالية، وهو أن الفرد يجب أن يفكر ويشعر ويسلك فى الإتجاه المعاكس لإعتقاداته وأفكاره اللاعقلانية حتى يمكن أن يحدث تغير بنائى فى حياته. وأننا لكى نفهم سلوكاً معيناً علينا أن نفهم كيف يشعر الفرد ويفكر ويسلك، إذ أنه عندما يشعر أو ينفعل فإنه يفكر ويسلك أيضاً، وعندما يفكر فإنه ينفعل ويسلك، وعندما يسلك أو يتصرف فإنه يفكر وينفعل.

هذا وقد توسع إليس (١٩٩٤) بأسلوبه العلاجى ليتناول إضطراب إنعصاب مابعد الصدمة Post - traumatic Stress disorder ورأى إتفاقاً مع الإتجاهات الأخرى من العلاج المعرفى السلوكى أن ضحايا إنعصاب مابعد الصدمة كأولئك الذين يتعرضون للإغتصاب أو لحوادث تحطم السيارات مثلاً يساهمون بدرجة كبيرة فى تعرضهم لإضطراب شديد وذلك بإعتناقهم أو إعتقادهم فى إعتقادات وأفكار لاعقلانية أو مختلة وظيفياً. وحتى نتمكن من تخفيف ما يغمرهم من أحزان من الأفضل أن يتم علاجهم بإستخدام أسلوب إعادة البناء المعرفى إضافة إلى إسلوب التعريض. exposure ويرى إليس أن معظم إتجاهات العلاج المعرفى السلوكى تركز فى تعاملها مع إنعصاب مابعد الصدمة على نموذج تجهيز المعلومات (العمليات العقلية) الذى يعمل فقط على مواجهة التشويهات المعرفية اللامنطقية وغير الواقعية للعميل كأن يعتقد على سبيل المثال أن الإغتصاب الذى تعرض له قد تم نتيجة خروجه بمفرده فى وقت متأخر من الليل، وهذا يعتبر خطأه بطبيعة الحال، وذلك بدلاً من التركيز على إزالة الأفكار اللاعقلانية للعميل والمستمدة من

مجموعة «الواجبات» musts التى نشأت منها تلك التشويهات المعرفية كأن يعتقد العميل مثلاً أنه كان يجب عليه ألا يخرج مطلقاً بمفرده فى ذلك الوقت المتأخر من الليل حتى لا يتعرض للإغتصاب وبالتالى فهو شخص عديم القيمة. ويرى إليس أن أسلوبه فى العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى يتعامل مع مثل هذه الحالات بالبحث عن الأسباب العميقة لإنعصاب ما بعد الصدمة.

وإضافة إلى ذلك فقد توسع إليس أيضاً بأسلوبه هذا لتشمل تطبيقاته الإكلينيكية عدداً من الإضطرابات المعرفية كتلك التى تنتاب الإنتباه والذاكرة وعمليات التفكير، وكذلك تشمل إضطراب العلاقات الإجتماعية، وإضطرابات الشخصية وخصوصاً إضطراب الحد الفاصل (بين العصاب والذهاب) أو ما تعرف بالشخصية الحدية borderline حيث تظهر أعراض للعصاب وأخرى للذهان، ويصبح من الصعب على المعالج فى ضوء ذلك تحديد الإضطراب، وإن كان قد أقر بوجود العديد من الصعوبات فى التعامل مع إضطراب الشخصية حيث قد يضم ذلك الإضطراب العديد من المشكلات المعرفية والإنفعالية والسلوكية والعضوية. ويمكن إستخدام تكنيك التدريب على المهارة للتخفيف من حدة هذه الإضطرابات. هذا وسوف يتم تناول إضطرابات الشخصية، والإضطرابات الذهانية، والإعاقة الذهنية، وغيرها من الإضطرابات كل فى فصل مستقل على إمتداد الباب الثانى بالكتاب الذى بين أيدينا.

وهكذا نجد أن التطورات التى حدثت فى كلا الإتجاهين - إتجاهى بيك وإليس - تتواكب معاً لتغطى قدراً كبيراً ومتنوعاً من تلك الإضطرابات التى لم يتم التطرق إليها من قبل مستخدمين فى ذلك خليطاً من الفنيات المعرفية والإنفعالية والسلوكية سواء الفنيات القديمة أو تلك التى تم إستحداثها، إلى جانب تطوير دائم ومستمر فى النماذج الأصلية للإتجاهين بغرض الوصول إلى فهم أفضل وأشمل للسلوك الإنسانى والإضطرابات الإنسانية وكيفية التعامل معها والوصول إلى علاج تام لها وليس مجرد التخفيف منها فقط، وإن كان ذلك يعد هدفاً صعب المنال إلى حد كبير.

أساليب وفنيات علاجية حديثة

وسوف نتناول هنا بعض الأساليب والفنيات العلاجية التى تم فى إطار التطورات الحديثة فى هذا المنحى العلاجى إشتقاق بعضها من نظريات وأساليب علاجية أخرى مع إجراء بعض التعديلات عليها حتى تتناسب مع فلسفة وطبيعة العلاج المعرفى السلوكى. ونظراً لأن الهدف من العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى كما يرى إليس يتمثل فى مساعدة العميل على أن يحقق أهدافه من خلال التطبيق المنظم للأساليب المعرفية والإنفعالية والسلوكية فقد تعددت الأساليب والفنيات المختلفة التى يمكن الإستعانه بها خلال جلسات العلاج. وجدير بالذكر أن كلاً من المعالج والمريض يعتمدان بشكل كبير على الحوار اللفظى فى المواجهات التى تتم بينهما خلال الجلسات العلاجية. ويعد الصوت ونبرته خلال هذا الحوار ذات أهمية ومغزى كبيرين حيث يعملان على الحث والإثارة بالنسبة للعميل. ومع ذلك يظل الأساس متمثلاً فى مساعدة المريض على تحديد وتصوير إستنتاجاته وأفكاره وإعتقاداته اللاعقلانية وفحصها والعمل على تصحيحها وتعديلها وإستبدالها بأفكار وإعتقادات عقلانية أخرى. كما يتطلب العلاج أيضاً أن يقوم المعالج بتقييم المشكلة التى يعانى منها المريض وهو الأمر الذى يتطلب منه الفهم الواضح لمشكلات ذلك المريض بجوانبها المعرفية والإنفعالية والسلوكية، وأن يلم بتلك السياقات التى تحدث فيها مثل هذه المشكلات، إلا أن المعالج يظل مع ذلك معتمداً فى هذا الإطار على ذلك الوصف النظرى الذى يقدمه له المريض عن مثل هذه الأمور.

وإلى جانب ذلك يقرر إليس أن العلاج يجب ألا يكون بسيطاً، بل يجب أن يكون متعمقاً، وقد وجد إليس ضالته فى البحث فى خبرات الفرد الماضية، تلك الخبرات التى تمثل أهمية كبيرة بالنسبة له حيث تسهم فى التعرف على أصول أو جذور الإضطراب الذى يعانى منه الفرد فى الوقت الراهن. وتعد هذه النقطة إحدى الإضافات النظرية الأساسية التى قدمها إليس فى هذا المجال. أما الفنية التى يفضل أن تستخدم فى هذا السبيل فهى تلك الفنية التى قدمها يونج

Young (١٩٩٠) والتى تعرف بالعلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول البنية المعرفية، وهو ما أشرنا إليه من قبل.

ويعتبر حل المشكلات العقلانى الإنفعالى من الأساليب الحديثة التى أصبحت تستخدم خلال جلسات العلاج. ويتطلب هذا الأسلوب من المعالج أن يوفر خلال الجلسات ظروفاً تناظر تلك الظروف التى يمكن أن يواجهها المريض فى الحياة اليومية والتى قد تؤدى إلى حدوث المشكلات الإنفعالية. ويكون لهذا الأسلوب أهميته الكبيرة عندما يجد المريض صعوبة فى تحديد وتصوير خبراته الإنفعالية وما يرتبط بها من عمليات معرفية وذلك من خلال الحوار الذى يجريه المعالج معه والذى عرضنا لنا من قبل.

ومن ناحية أخرى يرى إليس أنه من الممكن اللجوء إلى الأحلام وإستخدامها كمادة تحتاج إلى تفسيرات عقلانية إنفعالية، كما يمكن إستخدامها لأغراض التقييم، إلا أن هناك عدداً من الإرشادات التى يجب أن نضعها فى الإعتبار عند إستخدام الأحلام خلال جلسات العلاج لأغراض تقييمية نعرض لها فى النقاط التالية:

١ - ألا يتم فهم الحلم بشكل رمزى بل يجب النظر إليه وفقاً للفكرة التى يدور حولها.

٢ - نظراً لأن محتوى الحلم يتسم بالخصوصية فيجب أن ننظر إليه فى سياق حياة الفرد ككل ويتم تفسيره فى هذا الإطار.

٣ - تكتسب اللغة الخاصة والخيالات أو التخيلات التى تظهر فى الحلم أهمية كبيرة بالنسبة للمعنى الذى يكمن خلف الحلم.

٤ - يمكن النظر إلى الإستجابات الإنفعالية للحلم على أنها تعتبر مشابهة لتلك الإستجابات الإنفعالية التى تصدر عن الفرد فى مواقف اليقظة.

٥ - يعتبر طول الحلم أقل فى أهميته من محتواه.

٦ - يعد الحلم نتاجاً للشخص الذى خبره، كما أنه يعتبر مسئوليته أيضاً.

٧ - يتم اللجوء إلى الأحلام عندما يبدو أن المريض لم يستطع أن يحرز تقدماً فى العلاج بالشكل المقبول.

فعندما يقرر أحد المرضى على سبيل المثال أنه يشعر بالإكتئاب ولا يكون بمقدوره أن يقرر أو يحدد السبب الذى يجعله يخبر تلك المشاعر، ولايستطيع المعالج أيضاً من خلال إستخدامه لأساليب التقييم المختلفة أن يصل إلى ذلك السبب وأن يجعل المريض يحدد ويصور تلك الأفكار الباعثة على الإكتئاب فى المواقف المختلفة التى يخبر المريض فيها تلك المشاعر الإكتئابية فإنه لابد فى مثل هذه الحالة أن يلجأ إلى الأحلام وخاصة تلك التى تتكرر مع المريض والتعرف على إنعكاساتها عليه، وما قد تتركه من تشويهات معرفية وأفكار أو إعتقادات لاعقلانية يمكن أن تمثل الأساس فى عملية إعادة البناء المعرفى.

وعلى نفس المنوال يمكن أن تمثل أحلام اليقظة **day dreams** مادة ذات أهمية كبيرة فى عملية التقييم حيث كثيراً ما نلاحظ لدى البعض أن هناك أحلام يقظة معينة تحدث كاستجابة لحدث منشط سلبى معين وكتعويض فى الوقت ذاته. وقد لايجب بالضرورة أن يكون إستخدام حلم اليقظة من جانب المريض ممثلاً لأفكار مختلة وظيفياً ولكنه قد يعوقه عن الوصول إلى لب المشكلة التى يعانى منها. وإذا كانت أحلام اليقظة تعد فى الغالب تعبيراً عن آمال الفرد وطموحاته فإنه يصبح من المفيد أن نسأل المريض عن محتوى أحلام اليقظة التى تتكرر معه إلى جانب تلك الأسباب التى تعوقه أو تمنعه من تحقيق أهدافه.

ويمثل دحض الأفكار اللاعقلانية خطوة هامة فى هذا الإتجاه العلاجى وأساساً هاماً فى عملية إعادة البناء المعرفى حيث يساعد المريض على فهم طبيعة إعتقاداته اللاعقلانية، وأن يستبدلها بإعتقادات أخرى أكثر عقلانية. كما تساعده من ناحية أخرى على أن تكون إستنتاجاته عن المواقف المختلفة أكثر دقة. ولذلك يجب أن يعمل المعالج قبل أن يشرع فى جعل المريض يقوم بعملية الدحض تلك على تدريب ذلك المريض وتعليمه أن يفهم العلاقة بين أفكاره وإنفعالاته وسلوكياته.

كما يجب أيضاً أن يلم ببعض المعلومات عن المريض كإهتماماته وهواياته وعاداته وبعض المعلومات الخاصة به وبحياته وظروفه. ومن الأساليب التى يمكن إستخدامها فى دحض الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية ما يلى:

أ ـ الدحض فى وجود المثير:

ويتم ذلك من خلال قيام المريض باستدعاء ذلك المثير الذى يسبب له إضطراباً معيناً، ثم يطلب المعالج منه فى ذلك الوقت أن يرسم صورة مغايرة لذلك المثير. فإذا كان هناك شخص ما مثلاً ينظر إليه بتعال على أنه أى ذلك الشخص أفضل منه، فإن المعالج يطلب من المريض فى تلك الحالة أن يرسم صورة لكليهما أى المريض وذلك الشخص وهما متساويان ويناظران بعضهما البعض، ثم يسأله عن إتجاهه (المريض) نحوه بعد ذلك.

ب ـ الأساليب التخيلية:

وتعد الأساليب التخيلية مثالاً آخر لتلك الأساليب التى تستخدم فى الدحض، ويتخيل المريض خلالها أنه يقوم بفعل الشىء الذى يخشاه، فإذا كان يخشى المواقف الإجتماعية مثلاً كالذهاب إلى حفلة حيث سيكون موضع إهتمام الجميع، وسوف يحدقون فيه، ويظلون على ذلك، يطلب المعالج منه أن يتخيل كم مرة سوف يحدقون فيه والمدة التى سيظلون خلالها على ذلك، وكم مرة سيعاودون التحديق فيه، وكم شخص سيحدق فيه. وسوف تكون النتيجة على أثر ذلك مشجعة على حضور مثل هذه المواقف وعدم تجنبها.

جـ ـ التخيل إلى حد المبالغة:

ويعتبر ذلك بمثابة أسلوب آخر يرتبط بنفس الفكرة ويطلب المعالج خلاله من المريض أن يتخيل مثلاً أنه قد ذهب إلى أحد المقاهى وكانت يده ترتعش وهو يتناول الشاى الذى طلبه، وظل جميع الأفراد الموجودين بالمقهى آنذاك يحدقون فيه بشكل مستمر لمدة ثلاث ساعات متصلة تقريباً. وحينما يتخيل المريض ذلك فسوف يجد أن الإستنتاج الذى توصل إلى يعد مبالغاً فيه.

وإلى جانب ذلك هناك أسلوب يستخدم من قبل فى هذا الصدد له أهميته عند إستخدامه إلى جانب التخيل إلى حد المبالغة وهو أسلوب لعب الدور العكسى وذلك بأن يلعب المعالج دور المريض وأن يلعب المريض دور المعالج، ومن ثم يصبح على المعالج الجديد (المريض) أن يساعد المريض الجديد (المعالج) على أن يقوم بدحض أفكاره اللاعقلانية.

ومن ناحية أخرى هناك العديد من التكنيكات السلوكية التى يمكن اللجوء إليها فى سبيل مواجهة المشكلات التى يعانى منها المريض، ومن بينها تمرينات مهاجمة الخجل Shame - attacking exercises والتى يعمل المعالج خلالها على تشجيع المريض على القيام ببعض الأفعال التى كان يعتبرها مخجلة بالنسبة له وذلك دون أن يسبب الأذى لنفسه أو لغيره من الأفراد أو يسبب لهم الإزعاج. وهذا يمكنه من أن يضع يده على تلك الأفعال وما يسبب الخجل خلالها مما يدفعه إلى التغيير. ويمكن اللجوء أيضاً إلى أسلوب فقد الحساسية المنظم وهو ما تمت الإشارة إليه سلفاً.

الإرشاد العقلانى الإنفعالى السلوكى

تم تطوير أسلوب إرشادى يمكن العمل بموجبه وفق هذا المنحى العلاجى أى فى ضوء ما يستند إليه من أسس ومبادئ. وفى هذا الصدد يعرض درايدن ويانكورا (١٩٩٥) Dryden & Yankura لتلك الخطوات التى تتضمنها العملية الإرشادية فى إطار الإتجاه العقلانى الإنفعالى السلوكى والتى تهدف إلى مساعدة العميل كى يتغلب على مشكلاته الإنفعالية وذلك من خلال إستخدام نموذج ABC كأداة رئيسية لمساعدة كل من المرشد والعميل على فهم طبيعة المشكلات التى يعانى منها العميل وأن يقوما بتقييمها وذلك قبل أن تبدأ عملية التدخل العلاجى والتى تتمثل فى دحض الأفكار اللاعقلانية التى يعتقد العميل فيها. وتولى العملية الإرشادية فى هذا الإطار والتى تضم ثلاث عشرة خطوة إهتماماً كبيراً لتعليم العملاء إدراك

العلاقة بين أفكارهم أو تفكيرهم ومشاعرهم والتى تمثل جوهر الواجبات المنزلية homework assignments فى الإتجاه العقلانى الإنفعالى السلوكى. وتتمثل تلك الخطوات فيما يلى:

١ ـ التعرف على المشكلة وتحديدها.

٢ ـ الإتفاق على الأهداف وتحديدها بما يتلاءم مع طبيعة المشكلة.

٣ ـ تقييم النتائج المترتبة على المشكلة.

٤ ـ تقييم الأحداث المنشطة أو المسببة للمشكلة.

٥ ـ تحديد وتقييم أى مشكلات إنفعالية ثانوية.

٦ ـ تعليم العميل إدراك العلاقة بين الإعتقادات والنتائج.

٧ ـ تقييم الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية.

٨ ـ ربط الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية بالنتائج.

٩ ـ دحض الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية.

١٠ ـ تهيئة العميل كى يعمق إقتناعه بإعتقاداته اللاعقلانية.

١١ ـ الواجبات المنزلية.

١٢ ـ مراجعة الواجبات المنزلية.

١٣ ـ تسهيل القيام بالعملية المستهدفة.

ويمكن تناول هذه الخطوات على النحو التالى:

١ ـ التعرف على المشكلة وتحديدها:

يعمل المرشد بعد إلتقائه بالعميل على تبنى توجه معين لحل المشكلة عند بداية الإرشاد فيطلب من العميل أن يقوم على الفور بوصف المشكلة التى يرغب أن يعرض لها أولاً ويناقشها معه، ويعطى له الإنطباع بأنهما سوف يعملان معاً

لمساعدته فى التغلب على مشكلاته الإنفعالية. وهناك إستراتيچيتان يمكن أن يلجأ إليهما المرشد خلال هذه المرحلة من عملية الإرشاد تعتمد أولاهما على إختيار العميل، وهنا يسأله المرشد عن المشكلة التى يرغب أن يبدأ بها والتى تمثل نقطة البداية أو نقطة الإنطلاق فى هذا الإطار. أما الإستراتيچية الثانية فتعد موجهة بدرجة أكبر، وتعتمد على المشكلة التى يرى العميل أنها هى الأكثر خطورة بالنسبة له حيث يطلب المرشد منه أن يبدأ بتلك المشكلة التى يراها بمثابة المشكلة الأخطر أو التى تسبب له القدر الأكبر من الضيق والألم فى حياته. وإذا لم يستطع العميل أن يحدد المشكلة يمكن للمرشد أن يلجأ إلى عدد من الإستراتيچيات كى يشجعه على أن يقوم بتحديد المشكلة كأن يخبره بأنه ليس من المهم مثلاً أن يختار مشكلة خطيرة ليبدأ بها، بل يمكنه أن يختار موضوعاً يسبب له الضيق ولو بدرجة بسيطة. كذلك يمكن للمرشد أن يطلب من العميل أن يحدد المشاعر والسلوكيات التى يعمل على أن يزيد من حدتها أو يقلل منها، كما يمكنه أيضاً أن يسأل العميل عما يرغب أن يقوم بإنجازه خلال عملية الإرشاد. وبعد أن يقوم العميل بتحديد هدف معين يمكن للمرشد أن يسأله عما قد يعوقه عن تحقيق ذلك الهدف فى الوقت الحالى وهو ما قد يعمل على توليد مناقشات مثمرة حول المشاعر والسلوكيات التى يمكن أن تحول دون تحقيق الهدف.

٢ ـ الإتفاق على الأهداف وتحديدها بما يتفق مع طبيعة المشكلة:

بعد إجراء المناقشات المبدئية مع العميل تتضح طبيعة المشكلة التى يعانى منها بما يسمح للمرشد أن يقوم بتقييمها. أما إذا لم تتضح طبيعة المشكلة يصبح من الضرورى الوصول إلى تعريف أو تحديد للمشكلة يتم الإتفاق عليه مع العميل، وإذا كانت هناك مشكلات أخرى يكون على العميل أن يحدد أى المشكلات يريد أن يبدأ بها أولاً.

ويعتبر الوصول إلى فهم مشترك للمشكلة المستهدفة والإتفاق على أسلوب يعمل المرشد والعميل من خلاله على حل المشكلة بمثابة مكون هام من تلك المكونات التى يضمها الإرشاد العقلانى الإنفعالى السلوكى لأن هذا الفهم المشترك

يعد هو الأساس لعملية التعاقد العلاجى therapeutic alliance التى يعمل كلاهما من خلالها كفريق وذلك بشكل أكثر فاعلية وهو الأمر الذى يجعل العميل يشعر أن المرشد يفهمه، ومن ثم يجعله يثق فى المرشد وفى خبرته وقدرته على تناول مثل هذه المشكلات. وعند هذه النقطة يجب أن يعمل المرشد على مساعدة العميل فى التمييز بين مشكلاته العملية ومشكلاته الإنفعالية لأن مثل هذا الأسلوب الإرشادى يتعامل فقط مع المشكلات الإنفعالية وليس مع المشكلات العملية على الرغم من أن بعض العملاء قد يعانون من مشكلات إنفعالية تنبع فى الأساس من مشكلات عملية حيث أن العميل إذا ما نجح فى السيطرة على المشكلة الإنفعالية يصبح باستطاعته أن يحقق نجاحاً مماثلاً فى المشكلات العملية.

وجدير بالذكر أن العميل حينما يواجه أحداثاً سلبية للحياة تتطور لديه بعض الإعتقادات اللاعقلانية التى تجعله يخبر إستجابات إنفعالية سلبية غير صحية تؤدى إلى العديد من الإنفعالات السلبية مثل القلق والغضب والشعور بالذنب والإكتئاب، فى حين تعمل مساعدة العميل على تعديل مثل هذه الإعتقادات إلى إعتقادات عقلانية حول تلك الأحداث السلبية تعمل على جعل الإستجابات الإنفعالية صحية وإن كانت لاتزال سلبية حيث يستتبعها إنفعالات سلبية صحية كالإنشغال، وخيبة الأمل، والضيق، والندم، والحزن. ويطلب المرشد من العميل أن يعزز من إنفعالاته السلبية الصحية لأنها تعد من الناحية النفسية ردود فعل صحية للأحداث السالبة تساعد الفرد على أن يتعامل مع ظروف الحياة غير المواتية أو غير المرغوبة بأسلوب بنائى، فى حين يعمل المرشد على مساعدة العميل القيام بتغيير إنفعالاته السلبية غير الصحية لأنها تحول دون تحقيقه للتوافق أو لتلك الأهداف التى يرغب فى تحقيقها. وعلى هذا الأساس يجب أن يعمل المرشد مبدئياً على تعليم العميل كيف يفرق بين إنفعالاته السلبية الصحية وغير الصحية، وكيف يمكنه من جانب آخر أن يقوم بتعديل تلك الإنفعالات السلبية غير الصحية إلى إنفعالات سلبية صحية.

وعندما يستخدم العميل كلمات مبهمة فى وصف المشكلة التى يعانى منها كأن

يقول مثلاً أن صديقه إنسان غير طبيعى يصبح من المهم أن يقوم المرشد بمساعدته على تفعيل المشكلة operationalise وهذا يتطلب من العميل أن يقوم بتحديد عناصر المشكلة بما يساعد المرشد على إستخدام هذا الأسلوب الإرشادى، ولذا يجب على المرشد أن يسأله عما فعله صديقه هذا على وجه التحديد وأدى به إلى مثل هذه النتيجة، وبماذا شعر عندما تصرف صديقه هذا على ذلك النحو. ومن ثم يستطيع المرشد أن يستخدم نموذج ABC فى هذا الصدد فيطلب من العميل أن يحدد الأحداث المنشطة من ناحية، وأن يحدد النتائج المترتبة على ذلك من ناحية أخرى. وعند هذه المرحلة يصبح على المرشد أن يساعد العميل على أن يقوم بتغيير النتائج وليس الأحداث المنشطة. وجدير بالذكر أن تغيير الأحداث المنشطة (A) يعتبر هو الحل العملى لتلك المشكلة، فى حين يعتبر تغيير النتائج المترتبة (C) هو الحل الإنفعالى. وللوصول إلى ذلك يمكن للمرشد أن يستخدم عدة إستراتچيات حيث يمكنه أن يوضح للعميل الذى لديه مهارات عملية لحل المشكلات أن بإستطاعته أن يستخدم تلك المهارات بشكل فعال ليغيّر الأحداث المنشطة (A) إذا لم يتعرض لمشكلات إنفعالية عند (C). كما يمكنه من ناحية أخرى أن يوضح للعميل الذى لبس لديه مهارات عملية لحل المشكلات أنه سوف يحقق نجاحاً كبيراً فى إكتساب المهارات المطلوبة لتعديل الأحداث المنشطة (A) التى تسبب المشكلات إذا إستطاع أن يتخلص من تلك العقبات الإنفعالية التى يواجهها عند (C).

أما إذا لم يستطع العميل أن يحدد المشكلة التى تؤرقه فيطلب المرشد منه أن يلجأ إلى نظام المذكرات اليومية الخاصة بمثل هذه المشكلة، وأن يسجل من خلال تلك المذكرات مايخبره من مشاعر مضطربة، وأن يحدد فيها متى وأين خبر مثل هذه المشاعر، وهو الأمر الذى يتيح الفرصة للمرشد أن يقوم بتفعيل المشكلة وأن يستخدم نموذج ABC معها، وأن يدرب العميل على إستخدامه.

٣ ـ تقييم النتائج المترتبة:

من المنطقى أن يتم تقييم كل من الأحداث المنشطة (A) والنتائج المترتبة (C) قبل

الإعتقادات (B). وعند هذه المرحلة يقوم المرشد بتقييم أحد المكونين إما الأحداث المنشطة أو النتائج المترتبة وذلك إستناداً إلى العنصر الذى يصفه العميل أولاً من بين عناصر المشكلة. وإذا ما قام المرشد بتقييم النتائج المترتبة أولاً فإنه سوف يقوم بإعادة فحص الإنفعالات السلبية غير الصحية لأن المشكلة التى يعانى منها العميل يتم النظر إليها من هذا المنطلق حيث تسهم الإعتقادات بدرجة كبيرة فى حدوث السلوكيات الهازمة للذات وتعوق بالتالى عن بلوغ الهدف.

وجدير بالذكر أن النتائج المترتبة (C) قد تكون إنفعالية فى طبيعتها أو سلوكية. ومع أن السلوكيات المختلة وظيفياً تقوم بوظيفة دفاعية فإن التركيز يجب أن يكون على الإنفعالات السلبية غير الصحية وليس على مثل هذه السلوكيات لأن تلك الإنفعالات تسهم بدرجة كبيرة أيضاً فى حدوث هذه السلوكيات المختلة وظيفياً. وعلى ذلك إذا كان العميل يرغب فى أن يقلع عن التدخين مثلاً فإنه يجب على المرشد أن ينظر إلى التدخين على أنه سلوك دفاعى، ومن ثم يصبح عليه أن يشجع العميل على أن يقوم بتحديد الإنفعالات المشكلة التى قد يخبرها إذا ما أقلع عن التدخين. ومن ناحية أخرى يطلب المرشد من العميل أن يوضح النتائج المترتبة (C) التى يخبرها حيث أن إنفعالات العميل السلبية غير الصحية تقدم عند (C) إشارات ذات قيمة تتعلق بطبيعة إعتقاداته اللاعقلانية. وإذا كان الوصف الذى يقدمه العميل للنتائج المترتبة غامضاً يلجأ المرشد إلى عدد من الفنيات حتى يتمكن من إيضاح طبيعة تلك النتائج. وتندرج تلك الفنيات ضمن التمرينات الجشطلتية مثل فنية الكرسى الخالى (الكراسى الموسيقية) empty - chair technique وفنية التركيز. كما يمكن أيضاً إستخدام أساليب التخيل حيث يطلب من العميل أن يتخيل مثالاً لإحدى المشكلات التى يعانى منها وأن يحدد المشاعر التى يخبرها وأن يقوم بالربط بينها.

وإذا لم يستطع العميل أن يفهم لماذا يعد ذلك الإنفعال الذى يسبب له إضطراباً غير صحى يصبح من المهم أن يحدد المرشد أو يخصص له وقتاً أطول حتى يتمكن

من مساعدته على رؤية ذلك. ويمكن أن يتم ذلك من خلال الخطوات الثلاث التالية:

أ - مساعدة العميل على أن يقوم بتقييم النتائج المترتبة على الإنفعال السلبى غير الصحى كأن يسأله عما حدث عندما شعر بذلك، وهل هو يميل إلى أن يسلك بشكل بنائى أو بشكل هازم للذات.

ب - التأكيد على أن الهدف المنشود يتمثل فى أن يحل الإنفعال السلبى الصحى محل الإنفعال السلبى غير الصحى كأن يحل الإنشغال مثلاً محل القلق.

جـ - مساعدة العميل على تقييم النتائج المترتبة التى سوف تحدث عندما يخبر الإنفعال السلبى الصحى المقابل وذلك عند مواجهته لموقف مشكل. فيتخيل مثلاً كيف سيتصرف وكيف ستختلف النتائج إذا ماخبر الإنفعال الصحى فى مواجهة حدث منشط سلبى، ثم يقوم بعد ذلك بمقارنة تلك النتائج التى تترتب على الإنفعالات الصحية فى مقابل الإنفعالات غير الصحية.

هذا وقد يواجه المرشد بعض المشكلات المحتملة عند قيامه بتقييم إنفعالات العميل المشكلة عند (C)، ولكن يكون بإمكانه أن يتجنب تلك المشكلات إذا ما إبتعد عن إستخدام أسئلة تعزز فكرة أن (A) تؤدى إلى (C)، وإذا ما إبتعد عن الوصف الغامض للإنفعالات.

٤ - تقييم الأحداث المنشطة أو المسببة للمشكلة:

إذا ما قام المرشد بتقييم النتائج المترتبة أولاً تصبح الخطوة التى تليها هى تقييم الأحداث المنشطة أو الإستنتاجات أو التفسيرات التى يسوقها العميل للأحداث المنشطة. ويمكن أن يحدث ذلك إذا ما قام المرشد بسؤال العميل عن حدوث تلك الأحداث المنشطة. وتتضمن هذه المرحلة مساعدة العميل أن يحدد ذلك الجانب من الحدث المنشط الذى يثير الإعتقادات اللاعقلانية عند (B). وقد يكون ذلك أمراً صعباً نظراً لما قد يستنتجه العميل حول الموقف. ويمكن للمرشد فى هذا الصدد أن يلجأ إلى فنية تسلسل الإستنتاجات وذلك لتحديد الإستنتاج الذى يعمل على إثارة

تلك الإعتقادات. ولكى يتأكد المرشد مما إذا كان الإستنتاج الذى يقدمه العميل ضمن سلسلة الإستنتاجات يمثل بحق أكثر جوانب الحدث المنشط إرتباطاً بالمشكلة الإنفعالية التى يعانى منها العميل أم لا فإن عليه أن يقوم بتدوين سلسلة الإستنتاجات التى يعرض العميل لها، وأن يقوم بمراجعتها مع العميل، ويطلب منه أن يحدد أيها يعد هو الأكثر أهمية فى هذا الصدد. وهناك فنية أخرى يمكن أن يستخدمها المرشد تتمثل فى فحص إستجابات العميل عند (C). وبمجرد أن ينتهى العميل من هذه الخطوة يصبح من المهم أن يقوم المرشد بإعادة تقييم أى تغير يحدث فى مشاعر العميل عند (C) وذلك منذ أن يقوم بالتحليل المبدئى للمشكلة. وهنا يمكن التركيز على مشاعر العميل عند (C) أو يطلب المرشد منه أن يتخيل أن حدثاً منشطاً آخر قد حدث بالفعل، ثم يتم التعامل مع تلك المشاعر التى يحتمل حدوثها عند (C).

وجدير بالذكر أن الأحداث المنشطة (A) يمكن أن تشير إلى فكرة، أو إستنتاج، أو صورة، أو إحساس، أو سلوك، أو حدث حقيقى فى بيئة العميل يمكن أن يؤكده ملاحظون محايدون. وإلى جانب ذلك فإن مشاعر العميل عند (C) يمكن أن تعمل كحدث منشط (A)، فالشعور بالذنب الذى قد يخبره العميل على سبيل المثال عند (C) يمكن أن يعمل كحدث منشط جديد (A) يجعل هذا العميل يشعر بالخجل، وهو ما يمثل نتائج جديدة (C) حول الشعور بالذنب. وهذا بطبيعة الحال يمثل مشكلة إنفعالية ثانوية حول مشكلة إنفعالية أولية. ولكننا عند هذه النقطة نلاحظ أن مثل هذه المشكلات الإنفعالية الثانوية قد يقتصر ظهورها على بعض العملاء دون بعضهم الآخر. إلا أن عملية تحديد ظهور أو عدم ظهور مثل هذه المشكلات بالنسبة للعميل تمثل جانباً مهماً من التقييم فى تسلسل العملية الإرشادية، وهو الأمر الذى سوف نعرض له فى الخطوة التالية. وإذا ما إتضح أن الأحداث المنشطة (A) لدى العميل تمثل تشويهاً للواقع فإن المرشد يقوم بمساعدته على دحض تلك الأحداث حتى يتم تصحيح تفسيراته الخاطئة لها.

وقد يواجه المرشد عدداً من المشكلات عن تقييمه للأحداث المنشطة، ولكن يمكنه أن يتجنب ذلك إذا ما إبتعد عن طلب تفاصيل عديدة عن تلك الأحداث المنشطة، وأن يمنع العميل من تقديم وصف غامض لتلك الأحداث، وأن يمنعه من تناول عدد من الأحداث المنشطة فى المرة الواحدة، وأن ينصح العميل بكتابة مذكرات يومية عن تلك الأحداث المنشطة التى تسبب له الضيق. ومن هذا المنطلق يمكن للمرشد أن يصل إلى إتفاق مع العميل حول الهدف من عملية التغيير وهو ما يأخذ شكل التعاقد العلاجى على أن تكون مثل هذه الأهداف أهدافاً على المدى البعيد وليس على المدى القريب. وفى هذا الإطار يجب ألا يكون الهدف أن يخبر العميل قدراً أقل من الإنفعال السلبى غير الصحى كأن يخبر قدراً أقل من القلق أو الشعور بالذنب لأن ذلك يمكن أن يؤدى إلى إعتقاد لاعقلانى. كذلك يجب ألا يكون الهدف أن يصبح العميل محايداً أو غير مبال فيما يتعلق بحدث منشط ما، أو أن يخبر مشاعر إيجابية حول حدث منشط سلبى كأن يشعر بالسعادة مثلاً وهو يخبر أحد الأحداث السلبية فى الحياة مما يجعله يفضل عدم مواجهة ذلك الحدث، وألا يكون الهدف غامضاً كأن يقول مثلاً إنه يريد أن يكون سعيداً.

٥ ـ تحديد وتقييم أى مشكلات إنفعالية ثانوية:

يخبر بعض المرضى مشكلات إنفعالية ثانوية تنتج عن مشكلات إنفعالية أولية، فقد تكون المشكلة الأولية التى يعانى منها العميل هى القلق مثلاً، وقد ترتبط بها مشكلة إنفعالية ثانوية كالخجل على سبيل المثال حيث قد يشعر العميل بالخجل لوجود مشكلة معينة لديه. ولذا يجب على المرشد أن يبحث عن وجود مثل هذه المشكلات الإنفعالية الثانوية. وعلى الرغم من ضرورة مواجهة المشكلات الأولية فى البداية فإن هناك ظروفاً تستوجب مواجهة المشكلات الثانوية أولاً، وتتمثل تلك الظروف فيما يلى:

أ ـ أن تعرقل المشكلة الثانوية الجهود التى تبذل فى سبيل مواجهة المشكلة الأولية.

ب ـ أن تكون المشكلة الثانوية هى الأكثر أهمية قياساً بالمشكلة الأولية.

جـ ـ أن يدرك العميل أهمية تناول مشكلته الإنفعالية الثانوية أولاً.

وإذا ما كانت هناك ضرورة للبدأ بالمشكلة الإنفعالية الثانوية أولاً ولكن العميل ظل يرغب فى البدء بالمشكلة الأولية فمن الأفضل فى تلك الحالة أن يستجيب المرشد له حتى لايخل بمفهوم ومضمون التعاقد العلاجى بينهما. ومن ناحية أخرى يجب أن تتناسب المشكلة الإنفعالية مع الإنفعال السلبى سواء كان هذا الإنفعال صحياً أو غير صحى.

٦ ـ تعليم العميل إدراك العلاقة بين الإعتقادات والنتائج:

وعند هذه المرحلة يكون قد تم بالفعل تقييم كل من الأحداث المنشطة (A) والنتائج المترتبة (C) التى تتعلق بالمشكلة الإنفعالية الأولية أو الثانوية التى يعانى منها العميل، ومن ثم ينبغى على المرشد أن يقوم بتعليم العميل أن يدرك العلاقة بين الإعتقادات والنتائج المترتبة B - C وهو المفهوم الذى يرى أن الإعتقادات وليس الأحداث المنشطة هى التى تسبب المشكلات الإنفعالية وتؤدى إليها. وإذا لم يدرك العميل ذلك جيداً فإنه لن يفهم السبب الذى يتم من أجله تقييم تلك الإعتقادات وذلك خلال الخطوة التالية. ويمكننا هنا أن نسوق مثالاً لتوضيح هذه العلاقة فنقول مثلاً لو أن حدثاً غير مرغوب من جانب الفرد قد حدث، فإن إعتقاده فى نفسه وفى قدرته وثقته فى نفسه إلى جانب إعتقاده حول ذلك الموقف أيضاً هو الذى يحدد النتائج التى سوف تترتب عليه. فإذا وجد أن باستطاعته المواجهة، وكانت إعتقاداته عقلانية فإن هذا سوف يؤثر بطبيعة الحال على ما سوف يترتب على ذلك من نتائج. أما إذا كانت إعتقاداته لاعقلانية فسوف تحدث نتائج مغايرة لذلك تماماً، ومن ثم يتضح أن الإعتقادات هى التى ترتبط بالنتائج.

٧ ـ تقييم الإعتقادات:

يجب على المرشد عند هذه المرحلة أن يقوم بالتمييز بين الإعتقادات العقلانية والإعتقادات اللاعقلانية للعميل، وأن يساعده على فهم كلا النوعين من الإعتقادات بشكل جيد، وأن يوضح له أن الإعتقادات اللاعقلانية تتألف فى الغالب من مقدمة Premise وإشتقاقات معينة تميل إلى أن تنبع من تلك المقدمة التى تتألف من مجموعة من «الواجبات» musts تمثل مجموعة من المطالب الموجهة نحو الذات، أو الآخرين، أو العالم وظروف الحياة. أما الإشتقاقات فتكون سلبية بطبيعة الحال. ويعمل المرشد هنا على تقييم كلا المكونين الذين يؤلفان الإعتقادات اللاعقلانية وهما المقدمة والإشتقاقات. ولتقييم الإشتقاقات يمكن إستخدام أسلوب الإرشاد (العلاج) العقلانى الإنفعالى السلوكى أو لغة العميل نفسه على أن تعكس الكلمات المستخدمة الإعتقادات اللاعقلانية بشكل دقيق. ويمكن إستخدام التغذية الرجعية فى هذا الصدد.

ومن ناحية أخرى يقوم المرشد باستخدام الأسئلة التى تتسق مع النظرية عند قيامه بتقييم إعتقادات العميل اللاعقلانية وذلك كبديل لإستخدام الأسئلة المفتوحة لنفس الغرض إذ أن ذلك يوجه العميل إلى البحث عن أفكاره اللاعقلانية والتدقيق فيها وتمحيصها. ومن أمثلة هذه الأسئلة أن يسأل المرشد عما يعتقد العميل أنه قد أدى إلى حدوث إنفعال سلبى غير صحى عند (C).

٨ ـ ربط الإعتقادات اللاعقلانية بالنتائج:

وبعد أن يكون العميل قد تعلم القيام بتقييم إعتقاداته اللاعقلانية يعمل المرشد على التأكد من أن هذا العميل قد أدرك العلاقة بين إعتقاداته اللاعقلانية وما يخبره من إنفعالات تسبب له الإضطراب عند (C) إذ أن هذه الخطوة يجب أن تسبق أى محاولة من جانب المرشد لتعليم العميل القيام بدحض مثل هذه الإعتقادات. وحتى يتأكد من إدراك العميل لتلك العلاقة يقوم المرشد بتوجيه بعض الأسئلة إليه، يلى ذلك قيامه بالتأكد من أن العميل يدرك تماماً العلاقة بين الإعتقادات

والنتائج المترتبة. ويمكنه فى ذلك الوقت أن يسأله عما يجب أن يفعله أولاً حتى يتمكن من إستبدال شعوره بالقلق إلى شعور بالإنشغال. ويعد ذلك أفضل من أن يخبره المرشد بتلك العلاقة. أما إذا لم يفهم العميل تلك العلاقة يقوم المرشد بتوضيحها له والتأكد من أنه قد أدركها حتى يتسنى لهما الإنتقال بعد ذلك إلى دحض مثل هذه الإعتقادات اللاعقلانية.

٩ - دحض الإعتقادات اللاعقلانية:

بعد أن يتم التحديد الدقيق للمشكلة المستهدفة، وتحديد وتقييم المشكلات الإنفعالية الثانوية، وتعليم العميل إدراك العلاقة بين الإعتقادات والنتائج المترتبة، تتمثل الخطوة التالية فى دحض إعتقادات العميل اللاعقلانية. وتتمثل أهداف هذا الدحض فى مساعدة العميل على فهم أن تلك الإعتقادات تعتبر غير إنتاجية حيث تؤدى به إلى سلوكيات ومشاعر هازمة للذات، كما أنها تعتبر لامنطقية وغير متسقة مع الواقع، وأن البديل لتلك الإعتقادات اللاعقلانية هو الإعتقادات العقلانية التى تعد إنتاجية ومنطقية ومتسقة مع الواقع.

وفى حقيقة الأمر يمكننا أن نلخص أهداف هذا الدحض للأفكار اللاعقلانية فى أنه يساعد العميل على فهم النقاط التالية:

أ - التفضيلات فى مقابل الواجبات: فالتفضيلات تعد شيئاً مستحسناً ينبغى علينا أن نقوم بتدعيمه فى حين تعتبر الواجبات المطلقة **absolute demands** جوهر الإعتقادات اللاعقلانية.

ب - الترويع أو الرعب: awfulness حيث عادة ما يقوم الأفراد الذين يخبرون الإضطراب الإنفعالى بتحديد أحداثهم السلبية المنشطة على أنها مروعة على الرغم من كون ذلك يعد هراء.

جـ - عدم الإحتمال: ويعتقد العميل أنه لايقوى على تحمل ما يحدث وأن ذلك يعد هلاكاً له على الرغم من أنه لا يزال على قيد الحياة ويتحمّل ما إعتقد أنه لا

يحتمل، كما أن بإمكانه أن يجد درجة ما من السعادة حتى فى ظل وجود تلك الأحداث السلبية المنشطة.

د ـ **إستحقاق الإدانة:** وعلى الرغم من لاعقلانية تلك الأفكار ولامنطقيتها وعدم إتساقها مع الواقع فإنها تؤدى إلى الإضطراب الإنفعالى الذى يدين الفرد نفسه على حدوثه. ويتمثل البديل لهذا المفهوم فى تقبل الفرد لنفسه وللآخرين وللعالم على أنهم غير كاملين ويتسمون بالتعقيد وذلك إلى الدرجة التى يصعب معها إعطاؤهم تقدير كلى واحد.

ويستمر المرشد بعد ذلك فى متابعة تحقيق هذا الهدف حتى يساعد العميل على إستدخال مدى كبير من الإعتقادات العقلانية حتى تمثل جزءاً من الفلسفة العامة للحياة العقلانية. وخلال عملية الدحض التى نحن بصدد الحديث عنها الآن يلجأ المرشد إلى إستخدام الأسئلة التى يطلب منه خلالها تقديم الدليل على ما يعتقده. كما أن عليه أيضاً أن يصر على القيام بعملية الدحض تلك. وهناك ثلاث إستراتيچيات يمكن للمرشد أن يلجأ إليها خلال تلك العملية هى:

أ ـ التركيز على اللامنطقية : illogicality

ويتم من خلال هذه الإستراتيچية مساعدة العميل كى يفهم السبب الذى من أجله تعد أفكاره اللاعقلانية لامنطقية حيث أن الفرد عندما يريد شيئاً ما أن يحدث فليس من المنطقى أن يحدث ذلك بالضرورة، ومن ثم فإن تلك الأفكار اللاعقلانية تعتبر لامنطقية.

ب ـ التركيز على الإمبيريقية : empiricism

وتهدف هذه الإستراتيچية إلى أن تثبت للعميل أن كلاً من الواجبات المطلقة التى يتمسك بها وأفكاره اللاعقلانية لايتسقان عادة مع الواقع. ولتحقيق هذا الهدف يستخدم المرشد الأسئلة التى يطلب خلالها من العميل أن يقدم الدليل العملى على صدق إعتقاداته اللاعقلانية.

جـ ـ التركيز على النتائج العملية:

ويركز المرشد من خلال هذه الإستراتيجية على أن يوضح للعميل النتائج العملية لإعتناق إعتقادات لاعقلانية. ويكمن الهدف من هذه الإستراتيجية فى مساعدة العميل كى يفهم أنه طالما ظل خاضعاً لمثل هذه الإعتقادات فإنه سيظل مضطرباً.

وبعد أن يتعلم العميل دحض الإعتقادات اللاعقلانية فإنه يصبح فى حاجة إلى تعلم كيفية إستبدال مثل هذه الإعتقادات بإعتقادات أخرى عقلانية. ويأتى دور المرشد هنا فى إختيار وإستخدام أكثر الإعتقادات العقلانية توافقاً مع الحدث المنشط. وبعد أن تتم صياغة هذا الإعتقاد العقلانى يتم اللجوء إلى إستراتيجيات الدحض الثلاث التى إنتهينا من عرضها للتو، ويتم تطبيقها حتى يثبت المرشد للعميل أن الإعتقادات التى تمت صياغتها تعد عقلانية فى طبيعتها. وإلى جانب ذلك هناك أربعة أساليب للدحض يمكن للمرشد أن يلجأ إليها هى الأسلوب السقراطى، والأسلوب التعليمى، والأسلوب الهذلى أو الفكاهى، وأسلوب الإكتشاف الذاتى نعرض لها على النحو التالى:

أ ـ الأسلوب السقراطى : Socratic

ويتم خلاله توجيه الأسئلة من جانب المرشد للعميل، وتتعلق تلك الأسئلة عادة بالجوانب اللامنطقية والمختلة وظيفياً وغير المتسقة إمبيريقياً من إعتقادات العميل اللامنطقية. وتعمل مثل هذه الأسئلة على حث العميل على التفكير بنفسه وليس مجرد قبول وجهة نظر المرشد.

ب ـ الأسلوب التعليمى : didactic

ويعتمد على تقديم تفسيرات مباشرة للسبب الذى تعد من أجله تلك الإعتقادات اللاعقلانية هازمة للذات، ومن ثم فهى لا إنتاجية، فى حين تعد الإعتقادات العقلانية إنتاجية.

جـ ـ الأسلوب الهزلى أو الفكاهى : humorous

ويمثل إستخدام الفكاهة وسيلة إنتاجية يوضح المرشد من خلالها عدم جدوى الإعتقادات اللاعقلانية. ويجب اللجوء إلى هذا الأسلوب فى الحالات التالية فقط:

- حينما يتمكن المرشد من إقامة علاقة عمل جيدة مع العميل.
- حينما يبدى العميل دليلاً على أنه يتمتع بروح الدعابة.
- حينما يتم توجيه التدخلات الفكاهية بشكل مباشر نحو لاعقلانية إعتقاد العميل وليس نحو العميل كشخص.

إلا أن إليس (١٩٨٥) يحذر من الإفراط فى إستخدام هذا الأسلوب لأن ذلك قد يؤدى إلى نتائج غير مرغوبة.

د ـ أسلوب الإكتشاف الذاتى:

ويلعب الإكتشاف الذاتى دوراً هاماً فى دحض الإعتقادات اللاعقلانية. ويساعد على إكتشاف أن التفكير العقلانى يعمل على تجنيب الفرد مشكلات إنفعالية معينة. ويعرف هذا الأسلوب بأسلوب المواجهة حيث يحث العميل على مواجهة اللاعقلانية من جانبه، وإكتشاف ما تسببه له من مشكلات.

وإلى جانب ذلك يمكن للمرشد أن يستخدم أى أسلوب آخر يراه مناسباً فى هذا الإطار، ويؤدى إلى تحقيق النتائج المرجوة.

١٠ ـ تهيئة العميل كى يعمق إقتناعه فى إعتقاداته العقلانية:

بعد أن يدرك العميل أنه لايوجد دليل واحد يؤيد الإعتقادات اللاعقلانية فى حين يوجد هناك العديد من الأدلة التى تؤيد الإعتقادات العقلانية، وأنه من الأكثر منطقية أن نفكر بعقلانية، وأن الإعتقادات العقلانية تؤدى إلى نتائج إنفعالية أكثر إنتاجية وذلك قياساً بالإعتقادات اللاعقلانية، بعد ذلك يعمل المرشد على مساعدة العميل كى يعمق إقتناعه بإعتقاداته العقلانية الجديدة والبديلة حيث من غير

المحتمل أن يؤدى الإقتناع الضعيف فى الإعتقادات العقلانية بالعميل إلى الوصول لتلك الأهداف التى يبغى أن يحققها. ويمكن أن يلجأ المرشد فى هذا الصدد إلى الحوار السقراطى أو الأسلوب التعليمى الموجز حتى يتسنى له أن يقوّى من إقتناع العميل باعتقاداته العقلانية وأن يضعف بالتالى من إقتناعه باعتقاداته اللاعقلانية، وهو الأمر الذى يتطلب الإستمرار فى إستخدام الدحض، وأن يمارس التفكير العقلانى فى سياقات حياتية مرتبطة، ويتم ذلك من خلال مجموعة من الواجبات المنزلية المتنوعة التى يقوم العميل بتطبيقها على مواقف الحياة.

١١ ـ تشجيع العميل على ممارسة ماتعلمه (الواجبات المنزلية):

ويمكن من خلال هذه النقطة أى من خلال تشجيع العميل على ممارسة ماتم تعلمه وتحقيق النجاح فى تلك الممارسة وذلك فى العديد من المواقف الحياتية تعميق إقتناع العميل بأفكاره العقلانية وأهميتها بالنسبة له. ويتم تصنيف الواجبات المنزلية فى هذا الإطار إلى واجبات عقلية أو سلوكية أو تخيلية. وعند إستخدام الواجبات المنزلية مع العميل يجب أن يضع المرشد فى ذهنه عدداً من النقاط هى:

أ ـ أن ترتبط تلك الواجبات المنزلية بالهدف الذى يريد تحقيقه، فتعمل على تقوية وتعميق إقتناع العميل فى الأفكار العقلانية وإضعاف إقتناعه بالأفكار اللاعقلانية.

ب ـ أن تحقق التعاون بينه وبين العميل وذلك عند مناقشة الواجبات المنزلية المناسبة.

جـ ـ أن تهيىء العميل للقيام بدحض أفكاره اللاعقلانية.

د ـ أن تساعد العميل على تقييم ما قد يصادفه من عقبات، وأن يختار الأساليب المناسبة التى تمكنه من التغلب عليها قبل تنفيذ تلك الواجبات المنزلية.

هـ ـ أن يتم إستخدام تلك الواجبات المنزلية خلال البرنامج الإرشادى ككل حيث يمكن للعميل من خلالها أن يقوم بتحديد إنفعالاته المشكلة، وأن يكتشف

إعتقاداته اللاعقلانية، وأن يتعرف على ما يمكن أن يسبب له الإضطراب. كما أنها تعد وسيلة يمكن من خلالها تعليم العملاء إستخدام نموذج ABC الذى يمثل جوهر هذا الأسلوب.

١٢ ـ مراجعة الواجبات المنزلية:

ويتم خلال هذه المرحلة مناقشة الواجبات المنزلية مع العميل وذلك فى بداية كل جلسة على حدة. وجدير بالذكر أن عدم مراجعة تلك الواجبات مع بداية كل جلسة يعطى للعميل إنطباعاً بأن المرشد لايعتبرها جزءاً من عملية التغير. ولذلك يجب مراجعتها معه باستمرار لأنها تعتبر وسيلة لمساعدته على تحقيق الأهداف المنشودة. كما يجب أن يتأكد المرشد من أن العميل قد قام بمواجهة الأحداث المنشطة المشكلة، وأن يترك الفرصة له كى يبتكر ما قد يراه مناسباً من إستراتيجيات وأساليب لمواجهتها. وإذا لم يستطع العميل أن يؤدى تلك الواجبات المنزلية فإن المرشد يعمل على مساعدته على القيام بتحديد بعض العقبات التى تعوقه عن الأداء المطلوب وأن يقوم بمواجهتها. كما يعمل المرشد أيضاً من خلال تلك الواجبات على التأكد من أن العميل قد إستطاع أن يدحض أفكاره اللاعقلانية وأن يقوم بإستبدالها بأفكار أخرى عقلانية. أما إذا تكرر عدم أداء العميل للواجبات يصبح على المرشد أن يتأكد من عدم إستطاعته القيام بها، ومن ثم يستخدم معه نموذج ABC كى يساعده على تحديد أفكاره اللاعقلانية التى تعوقه عن أداء تلك الواجبات المنزلية ويساعده على أنه يقوم بدحضها ثم يحدد له واجبات أخرى.

١٣ ـ تسهيل القيام بالعملية المستهدفة:

من غير المحتمل أن يقوم العميل بتحقيق التغير المنشود مالم يستطع أن يواجه أفكاره اللاعقلانية فى سياقات مرتبطة بذلك عند (A). وبذلك يتمكن من تعميق إقتناعه بالأفكار العقلانية، ويستمر فى قيامه بإضعاف إقتناعه بالأفكار اللاعقلانية. وتمثل عملية التغير المستهدفة تلك وسيلة يتمكن العميل بموجبها من دمج معتقداته العقلانية فى مخزونه الإنفعالى والسلوكى. ولتحقيق هذا الغرض يعمل المرشد

على تحديد العديد من الواجبات المنزلية المتنوعة التى يهدف من خلالها إلى التخلص من تلك الأفكار اللاعقلانية وذلك باستخدام العديد من الأساليب لدحضها. وهنا يوضح المرشد للعميل أن عملية التغير المستهدف ليست عملية خطية حيث تواجهه العديد من العقبات والمشكلات خلال قيامه بعملية الدحض لتلك الأفكار اللاعقلانية وذلك فى السياقات والمواقف المختلفة. كما أنه من المحتمل أن تحدث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج، وهو الأمر الذى يتطلب من العميل أن يجيد تحديد تلك الأفكار اللاعقلانية، وأن يجيد مواجهتها ودحضها وإستبدالها بأفكار عقلانية.

كذلك يعمل المرشد على تعليم العميل القيام بتقييم التغير الحادث وذلك من خلال ثلاثة أبعاد رئيسية هى:

أ ـ مدى تكرار الإنفعالات السلبية غير الصحية.

ب ـ مدى شدة تلك الإنفعالات.

جـ ـ مدة دوام تلك الإنفعالات (وهل المدة التى تستغرقها تقل عما سبق أم لا).

وإلى جانب ذلك عليه أن يشجع العميل على تحمل مسئولية التغير المستمر وذلك من خلال مساعدته على تحديد واجبات منزلية من تلقاء نفسه يقوم من خلالها بتغيير الإعتقادات المستهدفة، كما يقوم بدحض أى إعتقادات لاعقلانية أخرى فى مواقف مختلفة، ومن ثم يتحمل العميل مسئولية التغير المستقبلى الذى يمكن أن يحدث بعد إنتهاء البرنامج.

خلاصة وتعقيب

شهدت السنوات الأخيرة إدخال العمليات العقلية إلى حيز العلاج السلوكى وهو ما يعرف بالعلاج المعرفى السلوكى حيث تُعطى أهمية كبيرة للعمليات المعرفية فى إستمرار وعلاج إنحرافات السلوك، ويطلق على ذلك إعادة البناء المعرفى للفرد. ومن ثم فالعلاج المعرفى السلوكى يعد بمثابة إتجاه علاجى حديث نسبياً إهتم منذ

البداية بتعديل الأفكار اللاتوافقية التى أطلق عليها بيك Beck الأفكار التلقائية أو الأوتوماتيكية، وأطلق عليها إليس Ellis الأفكار اللاعقلانية، وإحلال الأفكار العقلانية المنطقية محلها مما يعكس تركيزاً على جانب واحد فقط من الشخصية حيث صورها كلاهما على أنها عبارة عن أفكار أو تصورات تنمو مع الشخص من خلال التعلم، وإذا كانت هذه الأفكار أو تلك التصورات سوية كانت شخصية الفرد كذلك، والعكس صحيح.

ويرى بعض النقاد أن نظرية بيك يعيبها ثلاثة جوانب أساسية هى:

أ - أنها تعتبر أن الأفكار هى التى تولد الإنفعالات وتوجهها.

ب - أن الأساليب التى تستخدمها النظرية تتعامل مع الأفكار فقط وتتجاهل المشاعر والتصرفات أو السلوك.

جـ - أن العلاقة العلاجية أو الإرشادية غير واضحة فى هذه النظرية.

ومن الملاحظ أن النقطة الثانية تعد نتيجة منطقية للنقطة الأولى، إلا أن تلك التطورات التى شهدتها النظرية قد عالجت كثيراً من هذه العيوب حيث نجد فى الواقع أن الإنفعالات تعد أقوى من الأفكار إذ ليس من السهل أن نجعل شخصاً ما يحب شخصاً آخر بمجرد إقناعه عقلياً بذلك. ولذا يرى بيك أن الأفكار الأوتوماتيكية تقاوم التغيير وأن مهاجمتها من الناحية المعرفية كثيراً ما تبدو غير سهلة حيث هناك علاقة بين الأفكار والإنفعالات والسلوك، وأن هذه الأفكار الأوتوماتيكية قد أصبحت تشبه الإتجاهات. وعلى ذلك وجدنا تعدداً للفنيات المستخدمة بين فنيات معرفية، وأخرى إنفعالية، وثالثة سلوكية. وعرض بيك للتداخل والتفاعل بين هذه الفنيات فى علاج الإضطرابات وذلك فى كتابه «العلاج المعرفى للإكتئاب» وهو ما ساهم فى تناول كم كبير من الإضطرابات التى لم يتم التعرض لها من قبل. كما نالت العلاقة العلاجية إهتماماً كبيراً فى عقد التسعينيات، ورؤى أنها يجب أن تتسم بالدفء والمصداقية، وأنها توفر الفرصة للمريض لفهم وتعديل الأبنية المعرفية المتعلقة بكل من العلاقات بين الشخصية والسلوك. ويؤكد

بورنز ونولين - هوكسيما (١٩٩٢) Burns & Nolen - Hoeksema أن مدى دفء العلاقة العلاجية يؤثر على درجة تحسن المرضى وذلك فى دراستهما التى أجرياها علي بعض الإضطرابات الوجدانية.

ويؤخذ على نظرية إليس على الجانب الآخر أنها لاتعلم العملاء كيف يفكرون لأنفسهم بل تجعلهم يعتمدون على المعالج، وأنها - فى شكلها الأولى - لاتسخدم مع الأطفال أو حالات التخلف العقلى أو حالات الإضطراب الشديد، وأنها لا تهتم بإقامة علاقة دافئة مع العميل، وأنه لا يوجد معيار موضوعى (كالدين مثلاً) نحكم به على مدى عقلانية الأفكار ومنطقيتها. وفيما يتعلق بالنقطة الأولى فقد قدم جولد فرايد Goldfried فنية أشبه بالتحصين التدريجى يجمع فيها بين الإسترخاء والعلاج العقلانى الإنفعالى، ولكنه إستبدل الإسترخاء بإعادة التقييم وأسماها إعادة البناء العقلانى يعلم العملاء من خلالها كيف يفرقون بين تهديد حقيقى فى البيئة وبين تهديد يتم إدراكه بشكل خاطئ على أنه خطر، ويعلمهم أيضاً من خلالها كيفية تطبيق هذا الإجراء فى مواقف الحياة المختلفة وخصوصاً مواقف القلق، ومن أهمها القلق الإجتماعى. أما عن النقطة الثانية فمن الملاحظ أنه قد بدأ تطبيق هذه النظرية على مدى كبير من إضطرابات ومشكلات الأطفال، وإستخدمت مع حالات التخلف العقلى بعد تعديل أسلوب التقرير الذاتى ليضم مادة مصورة وليست مسموعة، وأحياناً تضاف مادة مسموعة إلى المادة المصورة، وجعل الإجابة على أسئلته مفتوحة بدلاً من تحديدها بنعم أو لا، وإختيار عملاء لديهم قدرة لفظية معقولة وتدريبهم على مهارات إجتماعية معينة تساعدهم فى الدخول إلى عالم المنطق بدرجة معقولة، ومن ثم يتم تدريبهم على تكنيكات المواجهة التى أثبتت الدراسات أنها كانت فعالة معهم. وفى هذا المجال قدم كل من داجنان وشادويك (١٩٩٧) Dagnan & Chadwick تبسيطاً لنموذج ABC الذى قدمه إليس يتم إستخدامه مع المتخلفين عقلياً، ويتم من خلاله تحديد الإنفعالات وأسبابها والنتائج المتوقعة، وأثبتت النتائج فعالية ذلك البرنامج. كذلك فقد تم إستخدام هذه النظرية مع الإضطرابات الذهانية، إلا أن البرنامج العلاجى فى مثل

هذه الحالة يجب أن يستمر لمدة لاتقل عن عام حتى نتجنب حدوث إنتكاسة. وقد تم فى ذلك الإطار إستخدامه بنجاح مع حالات الهلاوس والضلالات والتأويلات البارانوية وإضطرابات التفكير حال حدوث الفصام. ودمج تاريار (١٩٩٢) Tarrier بين الأساليب السلوكية والمعرفية معاً فى تناول الأعراض الذهانية. ولكن هذه الفنية تتعامل مع كل عرض ذهانى على حدة حيث يتم تطوير إستراتيچية مواجهة معينة، . وكان يتم تعديل الخبرات حتى تبدو كالخبرات السوية. كذلك فقد تم إستخدام الفنية التى قدمها جيفرى يونج (١٩٩٠) J. Young والمسماة بالعلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول البنية المعرفية بنجاح مع المرضى الذهانيين. هذا وقد طور لاينهان (١٩٩٣) Linehan منها فنية أخرى حيث كان يجعل المرضى يقومون بكتابة أفكار معينة تدور فى أذهانهم وكان يتم التعامل معها على أنها أفكار أوتوماتيكية سلبية. وسوف يتم تناول ذلك بالتفصيل عند عرضنا لإستخدام هذا المنحى العلاجى مع الإضطرابات الذهانية وذلك فى الفصل العاشر. أما النقطة الثالثة والتى تتعلق بمدى الإهتمام بالعلاقة العلاجية فقد تم التعرض لها عند الحديث عن نظرية بيك. وفيما يتعلق بعدم وجود معيار موضوعى كالدين مثلاً نحكم من خلاله على مدى عقلانية الأفكار ومنطقيتها فلاتزال هذه النقطة تمثل سلبية أساسية لم تعالج للآن حيث لايزال المعيار شخصياً من جانب المعالج، كما أن بعض الأمور قد تعتبر عقلانية فى مجتمع ما، وقد لاتعتبر كذلك فى مجتمع آخر، ولهذا فإن كون المعيار موضوعياً كالدين مثلاً يحل هذه المشكلة بشكل لايقبل الجدل.

وعن مدى ملاءمة النظرية للثقافة الإسلامية فإنه يؤخد عليها إلى جانب النقطة السابقة أن بيك وإليس قد نظرا إلى الشخصية فى حدود فكرة واحدة حيث إقتصرا على الجانب العقلى أو المعرفى فقط إذ يريان أن الشخصية عبارة عن أفكار أو تصورات تنمو مع الفرد من خلال التعلم، ويتحدد فى ضوئها مدى سواء الشخصية أو لاسوائها، فى حين ينظر الإسلام إليها بشكل أشمل من ذلك يجمع فيه بين جوانبها المختلفة. كما أن دافع السلوك يختلف بين السواء المتمثل فى

العقلانية وفقاً لهذه النظرية وبين الغاية من خلق الإنسان وهى عبادة الله ووظيفته الخلافة فى الأرض وعمارتها وهو مايتسع لكل سلوك بما وراءه من دوافع. وإذا كان بيك وإليس يريان فيما يتعلق باضطراب الشخصية أن الإضطراب النفسى يرجع إلي إضطراب فى التفكير أو التصورات حيث يؤدى التفكير اللاعقلانى إلى المرض النفسى، فمثلاً يقول إليس أن إهتمام الفرد بالآخرين وبموافقتهم على سلوكه يعتبر سبباً للإضطراب لأنه يمثل فكرة لاعقلانية ولذا يبدأ المعالج بمحاولة تصحيح هذه الأفكار وتلك التصورات، فإن الأمر يختلف فى الثقافة الإسلامية حيث ينتج إضطراب الشخصية عن تعدى الفرد لحدود الله.

ومما يؤخد على العلاج المعرفى السلوكى بشكل عام إلى جانب ما سبق أنه يركز على الأعراض أكثر مما يركز على جذور المشكلة، وسرعة حدوث الإنتكاسة، وأنه لايتعامل مع اللاشعور وبالتالى يترك المكبوتات كما هى الأمر الذى يؤثر على المشكلة، وأنه يفيد أكثر فى الحالات العصابية وتقل فاعليته مع الحالات الذهانية. وتوجه مثل هذه المآخذ بطبيعة الحال إلى النظرية كما بدأت دون التطورات التى شهدتها حيث عالجت مثل هذه التطورات الكثير من تلك المآخذ وأثبتت الدراسات الإكلينيكية فعاليتها الكبيرة فى هذا الصدد. ولذا فقد لاحظنا أنه بالنسبة للنقطة الأولى التى تتعلق بالتركيز على الأعراض وعدم التركيز على جذور المشكلة أى عدم البحث عن الأسباب الحقيقية التى تكمن خلف تلك المشكلة فإننا نرى أن تلك الفنية التى قدمها يونج (١٩٩٠) Young والتى أشرنا إليها سابقاً تعمل على التركيز على البنية المعرفية التى تميز الإضطراب موضوع الدراسة، وتعمل على تتبع الأفكار اللاتواؤمية المتعلقة به وذلك فى نشأتها وتطورها، وتذكر الأحداث والمواقف التى تطورت فيها، وتصوير مثل هذه المواقف باستخدام المقابلة الإكلينيكية ومراقبة الذات وتصوير الأحداث. كما أن التأثير على إنفعالات الفرد يعنى التأثير على ميله لموضوع ما، وهو ما تكوّن على مدى العديد من السنوات. كذلك يرى يونج Young أن الإهتمام بإثارة الأبنية المعرفية خلال العلاج يستلزم التعرف على ذكريات الطفولة، وهو ما يساعد فى تصور أصول أو جذور الأداء

الوظيفى الراهن للأبنية المعرفية. كما يؤكد أيضاً على المحاولات اللاشعورية والإرادية التى يتم القيام بها للإبقاء على تماسك الأبنية المعرفية اللاتواؤمية، ويحدد ثلاث عمليات دفاعية لذلك هى الإبقاء، والتجنب، والتعويض مما يستلزم اللجوء إلى تكنيكات معرفية وإنفعالية وسلوكية، وهو ما يعتبر علاجاً للنقطة الثالثة.

أما بالنسبة للنقطة الثانية والتى تتعلق بسرعة حدوث إنتكاسة فإن ذلك يرتبط بعدم البحث فى جذور المشكلة، وهو ما تم علاجه بالفعل كما أشرنا لذلك فى الفترة السابقة. وإلى جانب ذلك فقد إستخدم هذا المنحى العلاجى العديد من إستراتيچيات المواجهة كالتدريب على الإسترخاء، والتحصين التدريجى، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتدريب على حل المشكلات، إضافة إلى التدريب على إدارة القلق، وإستراتيچية التشغيل الإنفعالى. ويتم التدريب على مثل هذه الإستراتيچيات وبالتحديد على تلك الإستراتيچيات التى يتم إختيارها وذلك خلال البرنامج العلاجى، ثم يطلب من المريض القيام بممارسة ماتم تعلمه أو التدريب عليه خلال البرنامج فى مختلف المواقف الحياتية الواقعية من خلال الواجبات المنزلية، ثم يعاد تدريب المريض على الإستراتيچيات المستخدمة وذلك خلال المرحلة الأخيرة من البرنامج بما يهيئه على مواجهة أى مشكلات قد تواجهه بعد إنتهاء البرنامج وهو الأمر الذى يساهم فى منع حدوث إنتكاسة، ولذلك تعرف مثل هذه الإستراتيچيات بأنها تعمل على منع حدوث الإنتكاسة relapse prevention Strategies وقد أكدت الدراسات التى أجريت فى هذا الإطار تلك النتيجة حيث كشفت دراسات عديدة كدراسات لارسين (١٩٩٠) Larsen وبتلر وآخرين (١٩٩١) Butler et. al وثاكوراى وآخرين (١٩٩٣) Thackwray et. al وكوتى وآخرين (١٩٩٤) Cote et. al وسترافينسكى وآخرين (١٩٩٤) Stravynski et. al وشادويك ولاو (١٩٩٤) Chadwick & Lowe وروزن وآخرين (١٩٩٥) Rosen et. al وكاش وجرانت (١٩٩٦) Cash & Grant ورايتش وآخرين (١٩٩٧) Raich et. al وسترومر (١٩٩٨) Stromer وواجونر (١٩٩٨) Waggoner على سبيل

المثال أن العلاج المعرفى السلوكى يعد أقل الأساليب العلاجية فى نسبة حدوث إنتكاسة، وأن أثره يمتد فترة طويلة بعد إنتهاء العلاج.

وفيما يتعلق بالنقطة الأخيرة والتى تتعلق بأنه يفيد أكثر فى الحالات العصابية وتقل فاعليته مع الحالات الذهانية فإن هذا قد يرجع إلى أن التفكير فى حالة الإضطرابات العصابية لم يتأثر بعد بنفس الدرجة التى يكون قد تأثر بها فى حالة الإضطرابات الذهانية، وأن الشخصية لاتزال أكثر إنتظاماً فى حالة الإضطرابات العصابية، وتكون أكثر عرضة للإيحاء مما يسهل للمعالج مهاجمة الأفكار اللاعقلانية أو المشوهة أو الأوتوماتيكية، وإن كانت الدراسات التى إستخدمته مع الإضطرابات الذهانية قد أثبتت فاعليته. وقد أسهمت التطورات التى شهدها المجال فى هذا الجانب كثيراً فى علاج تلك النقطة كما يتضح من خلال الفصل العاشر من هذا الكتاب.

أما فيما يتعلق بالفنيات المستخدمة فبعضها معرفى مثل التعليم النفسى Psycho education بما تتضمنه من مناقشة ومحاضرة كفنيات، والتعرف على الأفكار اللاعقلانية أو الأوتوماتيكية وتعديلها، وإعادة البنية المعرفية، والعلاج الموجه بالإستبصار، والمقابلة الإكلينيكية، والمراقبة الذاتية، وبعضها الآخر إنفعالى كالوعظ العاطفى، ويضيف البعض الآخر إلى ذلك لعب الدور، والنمذجة. كما أن بعضها الآخر سلوكى مثل الواجبات المنزلية، والإسترخاء، والإشراط الإجرائى كالتعزيز والعقاب، وإشراط تخفيف القلق، والتخيل العقلانى، والتحصين التدريجى، وفقد الحساسية المنظم، والتعريض ومنع الإستجابة. كما أن هناك أساليب تدعيمية مساندة مثل تحويل الإهتمام، والتخلى عن المطالب الناتجة عن الأفكار اللاعقلانية. وإلى جانب ذلك هناك إستراتيجيات مواجهة تستخدم فى هذا الصدد مثل التدريب على إدارة القلق، والتشغيل الإنفعالى، وحل المشكلات، والتدريب على المهارات الإجتماعية. ويعد إضافة فنيات مثل العلاج المتمركز حول البنية المعرفية التى قدمها يونج Young وإعادة البناء العقلانى التى قدمها جولد فرايد Goldfried والمناقشة المعرفية الشاملة التى قدمها ديجيوسيب Di Giuseppe وتعزيز إستراتيجية المواجهة

التى قدمها تاريار Tarrier (للإضطرابات الذهانية) بمثابة إضافات قوية لتلك التكنيكات التى يتسلح بها المعالج إذ كان لها دور فاعل فى العلاج كما يتضح من نتائج الدراسات التى تناولتها.

وبذلك يتضح من خلال هذا العرض أنه قدتم علاج العديد من تلك السلبيات التى إتضحت خلال تطبيقات النظرية على الإضطرابات المختلفة وهو ما أضاف الكثير إلى هذا المنحى العلاجى وعمل على تدعيم فاعليته وجعله أسلوباً متميزاً فى تناوله للإضطرابات المختلفة. .

* * *

الباب الثانى

☐ التطبيقات الإكلينيكية للعلاج المعرفى ☐ السلوكى على الإضطرابات المختلفة

يعد العلاج المعرفى السلوكى من أكثر أنماط العلاجات النفسية شيوعاً فى الوقت الراهن فى تناول مختلف الإضطرابات حيث تطرق هذا الأسلوب العلاجى إلى كافة الإضطرابات تقريباً، ويعتبر تناوله للبعض منها من التطورات الحديثة التى شهدها هذا الإتجاه العلاجى.

وقد أكدت دراسات عديدة أن العلاج المعرفى السلوكى يعد هو الأكثر فاعلية قياساً بالعلاجات الأخرى النفسية والطبية وذلك فى علاج مختلف الإضطرابات، وأنه يعتبر الأفضل على الإطلاق فيما يتعلق بالنتائج المرجوة على المدى الطويل حيث تقل بدرجة كبيرة إحتمالات حدوث إنتكاسة بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج العلاجى. وقد يرجع ذلك إلى أنه يستخدم إستراتيچيات للمواجهة يتم تدريب العميل عليها خلال البرنامج، ويتمكن بمقتضاها من مواجهة ما قد يصادفه بعد ذلك من عقبات ومشكلات. كما أنه يركز من ناحية أخرى على المكونات المعرفية والوجدانية والسلوكية التى يتضمنها أى إضطراب، ومن ثم تتنوع الفنيات المستخدمة خلال البرنامج العلاجى لتشمل كل هذه المكونات معاً، وبالتالى نجد هناك تنوعاً فى الإستراتيچيات المستخدمة بين الإستراتيچيات المعرفية والاستراتيچيات الإنفعالية والإستراتيچيات السلوكية. كما أنه يركز على حدوث تغير فى السلوك يتم من جراء تصحيح وتعديل الأفكار المشوهة والإعتقادات المختلة وظيفياً التى تكمن خلف هذا السلوك وتعدهى المسئولة فى الأساس بدرجة كبيرة عن حدوث ذلك السلوك.

وسوف نلقى بمزيد من الضوء على ذلك من خلال تناولنا للتطبيقات الإكلينيكية المختلفة للعلاج المعرفى السلوكى على العديد من الإضطرابات وذلك خلال

الفصول التالية التى يتضمنها الباب الحالى. وتتمثل تلك الإضطرابات فى الإضطرابات الإكتئابية، وإضطرابات القلق، والإعاقات الجسمية، وإضطراب صورة الجسم، والآلام المزمنة، وإضطرابات الشخصية، والإضطرابات الذهانية، والتخلف العقلى.

* * *

الإضطرابات الإكتئابية

الإكتئاب

تؤكد الدراسات الحديثة أن العصر الذى نعيشه هو عصر الإكتئاب إذ توجد فى حياتنا اليومية العديد من الإنفعالات التى تمثل فى مجملها أشكالاً للحزن. وتندرج الإنفعالات العامة التى نمر بها كالحب والفخر والإزدراء والحزن والفزع وغيرها تحت خمسة أنواع من المشاعر هى الحب والسعادة والغضب والحزن والخوف.

ويعتبر الإكتئاب هو أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعاً وإنتشاراً فى الدول المتقدمة، ويمثل أحد إضطرابات الوجدان. ويشير الوجدان mood إلى الحالة الإنفعالية الداخلية الدائمة للفرد فى حين تشير العاطفة **affect** إلى التعبير الخارجى الوقتى للمحتوى الإنفعالى. ويعتبر الوجدان المكتئب أحد ثلاث حالات للوجدان إذ هناك حالتان غيره هما الوجدان العادى أو السوى والوجدان المرتفع كما فى حالات الهوس. ويظهر المرضى ذوو الوجدان المكتئب نقصاً فى الطاقة والحيوية والإهتمام، وتسود مشاعر الذنب لديهم، ويجدون صعوبة فى التركيز، ويفقدون شهيتهم للطعام، وتنتابهم أفكار عن الموت والإنتحار إلى جانب حدوث تغيرات سلبية فى مستوى النشاط والقدرات المعرفية والحديث والوظائف النمائية المختلفة كالنوم والشهية والنشاط الجنسى والإيقاعات البيولوچية الأخرى تؤثر سلباً على أدائهم الوظيفى فى جوانب الحياة المختلفة.

وقد ساد فى علم أمراض النفس تصنيف الإكتئاب على أنه يتضمن ثلاثة إضطرابات هى الوجدان المكتئب، والزملات الإكتئابية، والإضطراب الإكتئابى. ويتم من خلال الوجدان المكتئب depressed mood التركيز على الحالة الوجدانية والنظر إلى الإكتئاب كعرض. ويشير ذلك الوجدان المكتئب إلى وجود الحزن أو

التعاسة أو المشاعر الكئيبة لفترة غير محددة، إلا أنه لا يشير إلى وجود أو عدم وجود أعراض أخرى كضعف الشهية أو الأرق على سبيل المثال. أما الزملات الإكتئابية فتدل على وجود مجموعة من الأنماط السلوكية والإنفعالات ذات الصلة بالإكتئاب والتى إتضح إحصائياً أنها تحدث معاً فى نموذج محدد بمعدل يتجاوز الصدفة دون إرجاع أى نموذج معين للطبيعة أو لتلك الأسباب المسئولة عن هذه الأعراض المترابطة. وتتم رؤية الفروق بين الأفراد فى إطار من الإنحرافات النوعية على مستويات الأعراض المرضية. ويعنى الإضطراب الإكتئابى تطور الإكتئاب إلى إضطراب نفسى لا يتضمن فقط وجود زملات محددة من الأعراض المترابطة، بل إن تلك الأعراض ترتبط أيضاً بمستويات دالة من الأسى والعجز، كما ترتبط بدرجة كبيرة من الضعف فى الوظائف الحيوية للفرد. إلا أن دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية قد جمع فى طبعته الرابعة DSM - IV التى صدرت عام ١٩٩٤ بين الإضطرابين الأول والثانى فى إضطراب واحد يسمى الإضطراب الإكتئابى البسيط أو عسر الوجدان **dysthymia** يمثل صورة من الإضطراب الإكتئابى الشديد **major depressive disorder** أقل فى حدتها وتستمر لفترة زمنية طويلة وربما غير محددة، وتتميز بالأعراض المزمنة وغير الذهانية، وتعنى الكآبة والأسى وتعكير المزاج وإحتقار الذات إلى جانب زملة الأعراض السلوكية المصاحبة.

طبيعة الإضطراب الإكتئابى

مما لاشك فيه أن الإكتئاب يكاد يكون هو العرض الأكثر شيوعاً بين المترددين على الأطباء النفسيين، وقد يتراوح فى شدته بين الإنخفاض المؤقت فى الروح المعنوية، وهى حالة يتعرض لها الجميع فى مواجهة ما يصادفونه من عقبات معتادة وهو النوع البسيط من الإكتئاب والذى كان يعرف سابقاً بإسم الإكتئاب العصابى، إلى حالة عذاب من الإستسلام واليأس والتى قد تؤدى بالفرد إلى الإنتحار وهو ما كان يعرف فى السابق بإسم الإكتئاب الذهانى. والفرق بين نوعى الإكتئاب هذين هو

فرق فى الدرجة حيث يمتد الإكتئاب عبر متصل من الشدة، ونادراً ما يحدث دون مقدمات أو عوامل مرسبة.

ويعرف ستور Storr الإكتئاب بأنه مفهوم لحالة إنفعالية يعانى فيها الفرد من الحزن الشديد، وتأخر الإستجابة، والميول التشاؤمية، وقد يصل به الأمر إلى الميل للإنتحار. وهو بذلك مركب من الأعراض المتزامنة والمترابطة. ويرى زهران أن الإكتئاب هو حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لايعى المصدر الحقيقى لأعراضه أو حالته تلك. ويضيف أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن الإكتئاب يبدأ بأعراض بسيطة تتدرج فى الشدة إن لم تعالج فى بداية الأمر، فيشكو الفرد أولاً من فقدان القدرة على التمتع بالمباهج السابقة مع إنكسار النفس وهبوط الروح المعنوية، ثم يشعر بتغير لون الحياة وقيمتها، ويبدأ فىَ التساؤل عن أهميتها، ويعيش فى يأس وجزع وإنقباض. وهنا تبدأ نوبات متكررة من البكاء الهادئ أو الصراع الحزين، ثم تزيد وطأة الإكتئاب ويشعر بفقدان الأمل، ويتخلل الخوف والرعب كل حياته، ويصيبه الإرتباك الشديد، وتتأثر وظائفه العقلية سلباً، ويضطرب سلوكه، ويشعر بعدم الأهمية وإحتقار النفس، ويتوهم العلل البدنية، ويشعر بتأنيب الضمير ولوم الذات، وهو مايفسح المجال للأفكار الإنتحارية. كذلك تظهر فى الحالات الشديدة أو الذهانية بعض الضلالات أو الهذاءات، كما تظهر أعراض فسيولوچية مختلفة كاضطراب النوم والأرق والأحلام المزعجة والكوابيس، وفقدان الشهية، ونقص الوزن دون إتباع رچيم، والإمساك، والضعف الجنسى وإضطرابات الطمث. كما تظهر إلى جانب الحزن والكآبة واليأس أعراض سلوكية على المريض منها ضعف القدرة على العمل، وعدم الإهتمام بالملبس والمظهر مع حدوث هبوط فى مستوى النشاط الحركى والكسل العام والخمول الذهنى والجسدى، أو العكس فتحدث الإثارة والتهيج والإضطراب وزيادة الحركة والصراخ، والتفكير فى الإنتحار والإقدام عليه.

وإذا كانت الدراسات التى تتناول المظاهر الإكتئابية خلال مرحلة المراهقة تركز

على ثلاثة مكونات أساسية هى المزاج الإكتئابى، والزملات (الأعراض المرضية) الإكتئابية، والإضطراب الإكتئابى وهو ما أشرنا إليه من قبل، فإن هذه المكونات تقتسم مجموعة مشتركة من الأعراض التى تعكس مشاعر سلبية ولكنها تختلف فى مدى تضمنها لأعراض القلق، والمشاكل الجسمية Somatic والتركيز المشوش، وفى مدة وشدة الأعراض التى تتضمنها. وتتداخل هذه المكونات الثلاثة معاً كثلاثة مستويات للظواهر الإكتئابية فى نموذج هرمى ومتتابع، ويفترض أن تكون العوامل الوسيطة هى المسئولة عن تلك العلاقات التى تنشأ بين هذه المستويات الثلاثة.

ويعمل الإكتئاب عند إصابته للأفراد فى مرحلتى الطفولة أو المراهقة على إعاقة النمو الإنفعالى والإجتماعى العادى أو السوى، ويسبب أوجه قصور ذا دلالة فى وظيفة الذات وفعاليتها، وفى العلاقات بين الشخصية. كما يؤدى إلى إنخفاض فى معدل التوافق الإجتماعى فى المراهقة، ويرتبط إلى جانب ذلك باضطرابات الشخصية. وفى هذه الحالة الأخيرة تقل إستجابة المريض للبرامج العلاجية المختلفة، ويقل أداؤه الإجتماعى، وينخفض معدل تواصله مع الآخرين إلى درجة كبيرة تعكس معها سوء التوافق الإجتماعى، ويصبح المريض أقل شعوراً بالرفاهية والسعادة، وأقل قدرة على مسايرة الآخرين أو مسايرة أحداث الحياة اليومية.

وقد يصل الشخص الذى يعانى من الإكتئاب فى تشاؤمه وفى شعوره بالشقاء وضعف الثقة بالنفس والشعور بعدم القيمة إلى محاولة الإنتحار. ويرى هولدن Holden (١٩٨٦) أن معدل الإنتحار قد تزايد بين الشباب ثلاث مرات خلال العقود الأخيرة، ومعظم هؤلاء الشباب من الذكور البيض ممن تتراوح أعمارهم بين ٢٠ ـ ٢٤ سنة. كما لاحظ أن زيادة تعاطى الكحوليات والمخدرات بين هؤلاء الشباب يعتبر عاملاً وثيق الصلة بالإنتحار، إلا أنه يعد عرضاً للمشكلة أكثر من كونه تفسيراً لها. وإلى جانب ذلك هناك جذور نفسية إجتماعية، وإنفعالية، وبيولوچية للإنتحار بين الشباب. ويرى فيفر Pfeffer (١٩٨٦) أن ذلك قد يرجع جزئياً إلى تغير العوامل الإجتماعية كزيادة الحراك، وإرتفاع معدلات الطلاق، والعنف الذى تعرضه وسائل الإعلام، وزيادة أعداد المراهقين.

وعندما يقدم شخص ما على الإنتحار فمن المحتمل بالنسبة لنا أن نعتقد أن لديه جينات شاذة هى المسئولة عن ذلك (Mendlewicz, 1985)، وأنه كان يحتاج إلى رعاية طبية من الإكتئاب (Noll et. al, 1985)، كما أن لديه معتقدات مشوهة ومختلة وظيفياً عن النجاح والفشل (Sacco & Beck, 1985; Weiner, 1985)، وأنه يفتقر إلى المهارات اللازمة للتوافق مع نفسه ومع الآخرين والتكيف مع البيئة (Billings & Moos, 1985) أو أنه قد فشل فى تكوين شبكة من العلاقات الإجتماعية الناجحة (Cohen & Syme, 1985)، بمعنى أننا حينما نواجه الأخطار فى طريق الحياة أو الحرية أو تحقيق السعادة فإن الخطأ بطبيعة الحال لا يمكن أن يكون كما يرى شيفر وبرينان (١٩٩١) Shaver & Brennan فى المجتمع أو فى المعايير الثقافية السائدة بل يكون فى أنفسنا.

ويرى أكيسكال (١٩٨٣) Akiskal أنه وفقاً للتصنيف الذى قدمه سكنيدر Schneider للشخصية الإكتئابية هناك سبع مجموعات من السمات تميز تلك الشخصية، هى:

١ - الهدوء، والإنطواء، والسلبية، والتردد وعدم الحسم.

٢ - الحزن، والتشاؤم، وعدم القدرة على التمتع والإمتاع.

٣ - نقد الذات، ولوم الذات وتوبيخها، وإزدراء الذات أو الحط من قدرها.

٤ - الشك، والنقد الزائد، وصعوبة إرضائها (كشخصية).

٥ - الضمير الحى، والمسئولية، والتنظيم الذاتى.

٦ - النزعة أو الميل للقلق.

٧ - الإنشغال بالأحداث السلبية، وعدم الكفاءة، والنقائص الشخصية لدرجة المتعة المرضية.

هذا وتنظر النظرية المعرفية - والمعرفية السلوكية بعد ذلك - إلى الإكتئاب بوصفه

إضطراباً فى التفكير، وأن الأعراض الإكتئابية تتوالى طبقاً لفاعلية الأنماط المعرفية السالبة، فيرتبط الوجدان والسلوك مع العنصر المعرفى. ومن ثم ينظر بيك Beck إلى الإكتئاب على أنه تنشيط لثلاثة أنماط معرفية رئيسية يسميها الثالوث المعرفى أو الإكتئابى triad هى الأفكار السلبية عن الذات، وعن العالم، وعن المستقبل أى المفهوم السلبى للذات، والتفسير السلبى للأحداث والخبرات، والنظرة السلبية إلى المستقبل. ويتضمن ذلك أفكاراً عن اللاقيمة، والذنب، وعدم الكفاءة، والإنهزام، والحرمان، والوحدة، واليأس ومن ثم تتحرك أعراض الإكتئاب عن طريق ميل الفرد إلى تفسير خبراته ضمن هذا الإطار. وطبقاً للنموذج المعرفى فإن موقفاً غير سار من مواقف الحياة يستثير أبنية معرفية ترتبط بالهزيمة أو الحرمان، وخبرات سلبية ولوماً للذات تؤدى بدورها إلى التأثيرات المرتبطة بها كالحزن والقلق والشعور باليأس والوحدة إلى جانب تناقص الأداء بشكل واضح.

وأوضحت الدراسات التى أجريت وفقاً لهذا النظرية أن الإنحراف والتشويه المعرفى لدى الإكتئابيين يظهر فى تحريف خبرات النجاح والفشل وتوقعات النجاح، وتحريف الإدراك إذ يرى مثل هؤلاء الأفراد الأحداث بماهم عليه وليس بما هى عليه، إلى جانب تحريف الذاكرة حيث يكثر نسيان المعلومات الإيجابية المرتبطة باللذة والسرور ويقل نسيان المعلومات السالبة المرتبطة بالألم وعدم السرور والتوقعات السلبية. ومن الجدير بالذكر أن الدراسات التى أجريت على الإكتئاب تتناول الإكتئاب أحادى القطب، وبعد أن كان الأمر يقتصر على دراسة الإكتئاب البسيط تطور الحال إلى دراسة الإكتئاب المزمن والإكتئاب الحاد، وقام بيك Beck بتعديل نموذجه فى الإكتئاب كما تمت الإشارة إلى ذلك من قبل. كذلك فقد قدم وصفاً لأعراض ومظاهر الإكتئاب بشكل واضح وذلك فى أربع مجموعات مميزة تمثلت فى المظاهر الإنفعالية، والمعرفية، والدافعية، والجسمية تضم كل منها مجموعة من الأعراض لاتنفصل عن بعضها أو تستقل ولكنها تتداخل مع بعضها البعض بطريقة أو بأخرى. ومن أمثلة ما تتضمنه المظاهر الانفعالية من أعراض المزاج المكتئب، والحزن، والتعاسة، والشعور بالذنب، والهجر، واليأس،

والكآبة، والشعور بالذل والحزن، والمشاعر السلبية نحو الذات، وعدم الرضا، وفقد الروابط الإنفعالية كفقد التأثير فى الآخرين وأنشطتهم وفقد الإهتمام على سبيل المثال. أما المظاهر المعرفية فمنها التقييم الذاتى المنخفض أو السلبى والعزو الخاطئ وتشوش التفكير، وتدنى القدرات المعرفية، وعدم القدرة على إتخاذ القرارات مع التردد وعدم الحسم. وتتضمن المظاهر الدافعية العديد من السلوكيات مثل السلبية والدافعية النكوصية، والتجنب والإنسحاب والإعتماد الزائد ومحاولات الإنتحار. أما المظاهر الجسمية فتتضمن فقد الشهية، وإضطرابات النوم، وسرعة التعب والإجهاد، وفقد الاهتمام بالجنس، والشعور بالخمول وإنخفاض مستوى النشاط والطاقة والحيوية.

وإلى جانب ذلك فقد أعد بيك Beck قائمة للإكتئاب تضمنت إحدى وعشرين فئة من الأعراض والإتجاهات هى المزاج، والتشاؤم، والشعور بالفشل، وعدم الرضا، ومشاعر الذنب، والشعور بالعقاب، وكراهية الذات، ولوم الذات، والرغبات الإنتحارية، ونوبات البكاء، والهيجان، والإنسحاب الإجتماعى، والتردد، وتحريف أو تشويه صورة الجسم، والكف عن العمل، وإضطراب النوم، وسرعة التعب، وفقد الشهية، ونقص الوزن، والمشكلات الجسمية، ونقص الطاقة الجنسية.

تشخيص الإضطراب الإكتئابى

يُنظر إلى الإكتئاب عامة على أنه مجموعة أعراض متزامنة ومترابطة أى أنه مركب من الأعراض تظهر فى وقت واحد. ويعرض دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM - IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام ١٩٩٤ لنوعين أساسيين من الإضطرابات الإكتئابية أحادية القطب unipolar هما الإضطراب الإكتئابى البسيط أو عسر الوجدان dysthymia والإضطراب الإكتئابى الشديد major depressive disorder الذى يضم نمطين فرعيين هما الإضطراب الإكتئابى الشديد ذو النوبة

الواحدة Single episode والإضطراب الإكتئابى الشديد الدورى. recurrent وقد كانت الدراسات التى أجريت قبل صدور هذا الدليل فى طبعته الرابعة المشار إليها سلفاً تتناوله فى ضوء وجود مرحلة مرضية تتوسط هذين النوعين من الإضطرابات الإكتئابية تعرف بالزملة الإكتئابية Syndrome كما أوضحنا من قبل. وفى ضوء DSM - IV يمكن تمييز الإضطراب الإكتئابى وفقاً للمحكات التالية:

أولاً: الإضطراب الإكتئابى البسيط Dysthymic disorder

يتطلب هذا الإضطراب الشعور بالوجدان المكتئب غالبية اليوم وعلى مدى معظم الأيام وذلك خلال عامين متتاليين على الأقل كما يتضح من التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين. أما بالنسبة للأطفال والمراهقين فيمكن أن يتسم هذا الوجدان بسرعة الغضب أو الإنفعال أو التهيج على أن يستمر ذلك لمدة سنة واحدة على الأقل. وإلى جانب ذلك يجب أن يتوفر عرضان على الأقل من الأعراض التالية:

١ ـ ضعف الشهية للطعام أو الإفراط فى تناول الأكل.

٢ ـ الأرق أو الإفراط فى النوم.

٣ ـ إنخفاض مستوى الطاقة والحيوية مع سرعة الشعور بالتعب.

٤ ـ إنخفاض تقدير الذات.

٥ ـ ضعف القدرة على التركيز ووجود صعوبة فى إتخاذ القرارات.

٦ ـ الشعور باليأس.

وإلى جانب ذلك يلاحظ أنه خلال فترة الإضطراب والتى تستمر لمدة عامين متتاليين على الأقل أو عام واحد بالنسبة للأطفال والمراهقين أنه يجب ألا تختفى تلك الأعراض لمدة شهرين متتاليين، وألا تحدث نوبة إكتئابية شديدة خلال فترة العامين أو العام الواحد تلك على ألا ترجع تلك الأعراض إلى إضطراب إكتئابى شديد أو أى نوبة هوسية، أو إضطراب ذهانى، أو إلى آثار فسيولوچية

مباشرة لمادة معينة أو حالة طبية (صحية) عامة. كذلك فإن هذه الأعراض يجب أن تؤدى إلى حدوث الضيق النفسى، وإلى حدوث خلل أو تدهور واضح فى الأداء الوظيفى للفرد إجتماعياً أو مهنياً أو فى أى مجال هام آخر. ويعرف هذا الإضطراب بأنه ذو بداية مبكرة إذا بدأ قبل سن الحادية والعشرين، أما إذا بدأ بعد ذلك فتكون بدايته متأخرة.

ثانياً: الإضطراب الإكتئابى الشديد major depressive disorder

ويضم هذا الإضطراب نمطين فرعيين يمكن تناولهما على النحو التالى:

أ ـ النوبة الواحدة Single episode

وتتطلب وجود خمسة أعراض على الأقل من الأعراض التالية على مدى أسبوعين على أن يحدث ذلك كل يوم تقريباً، ويؤدى ذلك إلى حدوث تغير فى الأداء الوظيفى للفرد عما كان عليه سابقاً على أن يكون أحد هذه الأعراض هو الوجدان المكتئب depressed mood أو فقد الإهتمام أو المتعة. وتتمثل تلك الأعراض فيما يلى:

١ ـ الشعور بالوجدان المكتئب غالبية اليوم وذلك كل يوم تقريباً كما يتضح إما من التقارير الذاتية (الشعور بالحزن أو الفراغ)، أو من ملاحظات الآخرين (يبدو كثير البكاء). ويمكن أن يظهر ذلك بين الأطفال والمراهقين على هيئة وجدان يتسم بسرعة الغضب أو الإنفعال أو التهيج.

٢ ـ إنخفاض واضح فى مستوى الإهتمام بكل الأنشطة تقريباً وذلك لمعظم اليوم مع إنخفاض مستوى متعة الفرد بها كما يتضح أيضاً من التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين.

٣ ـ نقص الوزن بشكل كبير على الرغم من عدم إتباع أى رجيم، أو حدوث زيادة فى الوزن (على أن يمثل هذا التغير سواء بالزيادة أو النقص أكثر من ٥٪ من وزن الجسم خلال الشهر السابق)، أو ضعف الشهية للطعام أو زيادتها.

٤ ـ الشعور بالأرق أو الإفراط فى النوم.

٥ ـ التهيج (الإثارة) الحس حركى أو الإعاقة والتأخر والبطء (وليس المشاعر الذاتية للإستياء أو التأخر والبطء).

٦ ـ فقد الطاقة والحيوية وسرعة الشعور بالتعب.

٧ ـ الشعور بعدم القيمة أو الجدوى والشعور المفرط بالذنب.

٨ ـ ضعف القدرة على التفكير أو التركيز إلى جانب التردد وعدم الحسم.

٩ ـ تكرار أفكار عن الموت لاتقتصر فقط على الخوف من الموت، وتكرار أفكار عن الإنتحار دون وجود خطة محددة للقيام به، أو الإقدام على الإنتحار فى ضوء خطة محددة لذلك.

ويجب أن تؤدى هذه الأعراض إلى حدوث ضعف أو تدهور فى مستوى الأداء الوظيفى للفرد إجتماعياً أو مهنياً أو فى أى مجال هام آخر بشرط ألا ترجع تلك الأعراض إلى الآثار الفسيولوچية المباشرة لمادة ما كإساءة إستخدام عقار معين، ولا تعود إلى حالة طبية (صحية) عامة كحدوث قصور فى وظائف الغدة الدرقية مثلاً. كما أنها لا تعود إلى مشاعر الحرمان كفقد شخص عزيز أو حبيب. وتستمر تلك الأعراض على مدى أكثر من شهرين متتاليين وتسبب خللاً أو تدهوراً واضحاً فى الأداء الوظيفى للفرد مع إنشغال كبير بعدم القيمة أو الجدوى، أو بالأفكار الإنتحارية، أو بالأعراض الذهانية، أو بالإعاقة الحس حركية.

ب ـ الإضطراب الإكتئابى الشديد الدورى recurrent

ويتطلب هذا الإضطراب توفر عرضين على الأقل من الأعراض التسعة السابقة. ولكى تعتبر تلك النوبات مستقلة يجب أن تنقضى فترة شهرين متتاليين على الأقل بين كل نوبة والأخرى لاتنطبق خلالها المحكات السابقة على الفرد. كما لا يجب أن تعود تلك النوبات الإكتئابية الشديدة إلى أى إضطراب فصامى، وألا تحدث خلال فترة حدوث نوبة هوسية. كذلك يجب ألا ترجع إلى الآثار الفسيولوچية

المباشرة لمادة معينة كإساءة إستخدام عقار ما، وألا تعود إلى حالة طبية عامة.

وجدير بالذكر أنه إذا إستمرت تلك الأعراض تنطبق على الفرد لمدة عامين متتاليين على الأقل فإن ذلك يعرف بالإضطراب الإكتئابى الشديد المزمن Chronic.

الصياغات المعرفية السلوكية للإكتئاب

يتفق العديد من الباحثين على أن الإكتئاب أحادى القطب يعد بمثابة ظاهرة متعددة العوامل تتضمن تفاعلاً معقداً وديناميأ بين المتغيرات الإجتماعية والبيولوچية والفسيولوچية أى بين الجوانب المعرفية والسلوكية والوجدانية والدافعية وشخصية الفرد. وتميل النماذج المعرفية السلوكية للإكتئاب فى ضوء هذا التعقيد إلى التأكيد على دور أنماط التفكير المختلة وظيفياً فى تطور وإستمرار زملة الأعراض الإكتئابية. وتفترض تلك النماذج وجود حلقة مفرغة تضم المعرفة والوجدان والسلوك تسبب الإكتئاب. فعندما تسيطر على الفرد فكرة ما مثلاً كأن تكون (أنا خاسر) وذلك كإستجابة لحدث معين غير مفضل من أحداث الحياة يمكن أن تتولد عنها مشاعر عدم الإرتياح dysphoria أو اللامبالاة وفتور الشعور. apathy وبالتالى يمكن لتلك المشاعر أن تثير الإنسحاب أو تؤدى إلى بذل الجهد من جانب الفرد حتى يتجنب تلك المواقف التى تتضمن المخاطرة والمواجهة، كما يمكن لهذا السلوك أن يعزز ذلك الإعتقاد الأساسى الذى يحط من قدر الذات أو ينتقص من شأنها.

هذا وقد تم تحديد عدد من المستويات التى قد يحدث عندها التفكير المشوه أو المختل وظيفياً حال حدوث الإكتئاب، ومن أهمها الأفكار الأوتوماتيكية والتى تعد بمثابة أفكار أو صور تحدث بشكل لاإرادى وذلك كجزء من مجرى الشعور ومحتواه علماً بأن محتوى تلك الأفكار الأوتوماتيكية يكون سلبياً. وقد لاحظ بيك Beck ثالوثاً سلبياً للمعارف الإكتئابية يتضمن أفكاراً تحط من قدر الذات (أنا فاشل)، ورؤية سلبية عن العالم (سوف يقوم الآخرون بإلحاق الأذى بى إذا ما أعطيتهم الفرصة لذلك)، ونظرة متشائمة إلى المستقبل (لن تسير الأمور بشكل أفضل). وعلى الرغم من أن هذه الأفكار الأوتوماتيكية تعكس بناء مشوهاً

للواقع، ومن ثم يتسم بالسلبية، فإنها مع ذلك تميل إلى أن تحمل فى طياتها تصديقاً غير قابل للمناقشة من جانب الأفراد المكتئبين حيث يعتبرونها أشياء بديهية، وبالتالى يفترض أن تلعب تلك الأفكار دوراً هاماً فى تطور وإستمرار الكرب الإنفعالى.

ومن المفترض أن يعكس محتوى الأفكار الأوتوماتيكية السلبية إكتمال الإختلال الوظيفى الذى يحدث عند مستوى تجهيز المعلومات. ولذا فإن بيك Beck يركز فى نموذجه عن الإكتئاب بشكل خاص على أخطاء المنطق والتفكير التى تحدث بشكل منتظم والتى تبلغ ذروتها فى الأفكار الأوتوماتيكية السلبية. ومن أمثلة هذه الأخطاء التعميم الزائد كأن يقوم الفرد مثلاً «لقد رسبت فى هذا الإختبار وعلى ذلك سأرسب فى كل الإختبارات ومن ثم فأنا فاشل»، وثنائية التفكير أو مايعرف بالأبيض والأسود فى التفكير بمعنى أن يكون الشيء إما كذا أو كذا دون وسط كأن يقول الفرد مثلاً «إذا حصلت على أكثر من ٨٠٪ فى الإختبار أكون ناجحاً وإن لم يحدث ذلك أكون فاشلاً»، والإستنتاج الإعتباطى كأن يقول الفرد مثلاً «إنه لم يبتسّم فى وجهى إذن فهو يكرهنى». وفى الوقت ذاته توجد هناك نماذج أخرى تولى أهمية كبيرة للدور الذى تلعبه عمليات العزو اللاتواؤمية فى هذا الصدد، وكذلك للدور الذى تلعبه ميكانيزمات التنظيم الذاتى فى التخفيف من فينومونولوچيا الإكتئاب.

ومن المعتقد أن عمليات التفكير الإكتئابية تعكس عملية الإبقاء على المكونات البنائية لنسق تجهيز المعلومات. وفي هذا الصدد تلقى الأبنية الذاتية أو المخططات العقلية أهمية خاصة، وتعد الأبنية المعرفية الذاتية بمثابة مجموعات من المعارف التى تشير إلى الذات، والتى يتم إشتقاقها تجريبياً، وتنتظم حول أفكار عامة وتعمل كمرشد لعملية تجهيز البيانات الداخلة وتسهل من إستدعاء أو إسترجاع المعلومات التى تتطابق مع تلك البنية. ويتم تخزين المعلومات التى ترتبط بالبنية المعرفية فى الذاكرة طويلة المدى وذلك على هيئة قضايا عامة، وإعتقادات، وإفتراضات، وأحكام، وقواعد للتقييم الذاتى. ويمكن أن يكون لدى الأفراد عدد من الأبنية

المعرفية الذاتية المختلفة والتى يظل معظمها كامناً حتى تثيره أحداث ترتبط بها من ناحية الموضوع أو الفكرة. وطبقاً للإتجاه المعرفى السلوكى يرتبط الإكتئاب بإثارة الأبنية المعرفية الذاتية التى تنتظم حول الموضوعات السلبية. ويمكن لهذه الأبنية المعرفية الذاتية أن تؤلف مجموعات من الإفتراضات غير المفضلة التى تتعلق بالذات (دائماً ما أفشل)، والتقييم الذاتى الذى لايشبع غرور الفرد (أنا أدنى من الآخرين درجة ومنزلة)، والقواعد المطلقة والصارمة التى تحكم تقييم الفرد لذاته (إذا فشلت جزئياً فى أداء عمل ما فسوف أكون فاشلاً كلية أو تماماً).

وعلى ضوء ذلك يتمثل الهدف النهائى للعلاج المعرفى السلوكى فى إحداث التغيير على المستوى البنيوى للمعرفة. ويعكس هذا الهدف إفتراضا نظرياً بأن التغيير البنيوى سوف يعجل بحدوث تغير ملازم فى التجهيز المختل وظيفياً للمعلومات إلى جانب تغير فى الأفكار الأوتوماتيكية السلبية. ومن هذا المنطلق يتم تخصيص المراحل الأولى من العلاج المعرفى السلوكى لتحديد، وتمثيل، وتعديل الأفكار الأوتوماتيكية السلبية، بينما تركز الجهود العلاجية التالية على تحديد وتعديل التجهيز المختل وظيفياً للمعلومات. أما المراحل الأخيرة من العلاج فغالباً مايتم التركيز خلالها على التعامل مع تلك الأبنية المعرفية السلبية المستهدفة.

العلاج المعرفى السلوكى للإكتئاب

يعد العلاج المعرفى السلوكى من الأساليب العلاجية شائعة الإستخدام بين مرضى الإكتئاب، ومن الأساليب التى أثبتت فعاليتها الكبيرة فى علاج هذا الإضطراب. وقد أكدت نتائج العديد من الدراسات أن فاعليته توازى على الأقل فاعلية العلاج بالعقاقير فى علاج الإضطرابات الإكتئابية، كما أكدت نتائج الدراسات التتبعية أن له فاعليته الأفضل على المدى الطويل حيث يقلل بدرجة كبيرة من معدلات حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى إذا ما قورن بغيره من الأساليب العلاجية الأخرى النفسية أو الطبية وفى مقدمتها العلاج بالعقاقير.

وجدير بالذكر أن العلاج المعرفى السلوكى يركز على المتغيرات المعرفية ويتناولها

كأهداف للتغير العلاجى، ومع ذلك فإن التغير المعرفى يمكن أن يتم من خلال تلك التدخلات العلاجية التى تستهدف المكونات السلوكية للأداء الوظيفى الإكتئابى. وقد تلعب التدخلات السلوكية الدور الأكبر فى حدوث التغير المعرفى حيث يعمل التغير السلوكى فى حد ذاته على إعتراض وإعاقة تلك الحلقة المفرغة التى تتضمن المعرفة والوجدان والسلوك، ومن ثم يؤدى إلى حدوث تغير متزامن على المستويين الوجدانى والمعرفى. كما أن زيادة مستويات النشاط قد تثير تدفق الأفكار الأوتوماتيكية التى يمكن تناولها من خلال بعض الإستراتيجيات المعرفية، وقد يعمل أيضاً على مواجهة أفكار الفرد الهازمة للذات (لا أستطيع أن أقوم بعمل أى شيء). وعلى نفس المنوال نلاحظ أنه فى تلك الحالات التى يظهر فيها الإكتئاب على شكل أنماط سلوك تجنبية كالإنسحاب الإجتماعى مثلاً تلعب التدخلات العلاجية السلوكية كمهام التعريض exposure مثلاً دوراً هاماً فى فقد الحساسية للمثيرات ومواجهة التوقعات المأسوية من جانب المريض والتى قد تتمثل فى إعتقاد الفرد مثلاً أن الآخرين سوف يضحكون عليه.

ومن هذا المنطلق وعلى العكس من العلاج السلوكى البحت للإكتئاب نلاحظ أن العلاج المعرفى السلوكى يستخدم إستراتيجيات سلوكية بهدف تناول المعارف المرتبطة بالإكتئاب. وسوف نعرض فى النقاط التالية لعدد من تلك الإستراتيجيات السلوكية التى تتم الإستعانة بها عند إستخدام العلاج المعرفى السلوكى وذلك لتحقيق الغرض الذى أشرنا إليه سلفاً. ومن هذه الإستراتيجيات ما يلى:

١ ـ جدولة النشاط activity Scheduling

وتستخدم هذه الإستراتيجية فى المراحل الأولى من العلاج، وتتضمن أول خطوة فيها تحديد خط قاعدى base line لأنشطة المريض والوجدان المصاحب لها، ثم يقوم المريض فى الخطوة الثانية بسرد المهام والمسئوليات وخاصة تلك الأنشطة السارة التى يمكن أن تتضمنها الجداول. ويتبع ذلك تحديد جدول يومى يعمل المريض وفقاً له، ويحدد الوقت الذى سيقوم خلاله بأنشطة معنية.

ويجب أن تتضمن تلك الأنشطة أحداثاً تبعث على السرور وأخرى تبرز سيطرته على تلك الأحداث. كما يجب أن يتعلم المرضى القيام بالمراقبة الذاتية لسلوكهم مع تحديد الدرجة الفعلية للسرور والسيطرة على الأحداث فى ضوء تلك الأنشطة التى يتضمنها الجدول.

٢ ـ المهام المتدرجة graded tasks

وتنبثق هذه المهام بطبيعة الحال من جداول النشاط التى يتم إعدادها، وتعتمد بصفة أساسية على التدرج بحيث يبدأ المريض بتلك المهام التى تتسم بأنها هى الأسهل، ثم ينتقل منها إلى المهام الأصعب فالأصعب بالنسبة له. ولا يقف الأمر عند هذا الحد أى عند تناول المهمة بكليتها، بل إنه من الممكن أن تتم تجزئة المهمة إلى وحدات أصغر، فإذا كان المطلوب من المريض أن يقوم بتنظيف المنزل على سبيل المثال يصبح من الممكن أن نقوم بتجزئه تلك المهمة إلى مكونات أصغر على النحو الذى يتضمن فيه كل مكون القيام بتنظيف إحدى الغرف وترتيبها مثلاً، وهكذا حتى يتم إنجاز المهمة على الشكل المطلوب.

٣ ـ التعزيز الذاتى Self - reinforcement

ويعنى ذلك أن يقوم الفرد بمكافأة نفسه على نجاحه فى إنجاز أهداف معينة، وهو ما يجعل هذه الفنية وسيلة هامة وناجحة لزيادة مستويات النشاط السلوكى ولتحقيق الأهداف المرجوة. كما يمكن لهذه الفنية أيضاً أن تعمل بالنسبة للأفراد المكتئبين الذين يرون أنفسهم على أنه لاقيمة لهم كسلوك مضاد، إلى جانب أنه يمكن من خلالها أيضاً القيام بتدعيم وتعزيز التغير على المستوى المعرفى. ويمكن فى سبيل إنجاح هذه المهمة أن نستفيد من جدولة الأنشطة وتدرج المهام.

ومع تقدم المريض فى العلاج بشكل ملائم يبدأ التركيز بشكل أكبر على المهام المعرفية. وعند هذه المرحلة يتم التركيز على تلك الفنيات التى تستهدف الأفكار الأوتوماتيكية السلبية وما يقابلها من تشويهات معرفية. يلى ذلك التركيز على تلك الفنيات التى يتم من خلالها تناول الإعتقادات الجوهرية والإتجاهات والإفتراضات

التى يعتقد أن تلعب دوراً هاماً فى بداية حدوث النوبة الإكتئابية وإستمرارها. وعند هذه المرحلة يطلب المعالج من المريض أن ينظر إلى أفكاره الأوتوماتيكية على أنها فروض علمية تخضع للفحص والتمحيص بغرض التحقق من صحتها وصدقها، وألا ينظر إليها على أنها منطقية وصحيحة. وتعرف هذه الفنية بإسم تصميم التجارب designing experiments. فإذا كان المريض ينظر إلى نفسه مثلاً على أنه فاشل بسبب عدم تمكنه من أداء مهمة معينة بدرجة نجاح كبيرة، نطلب منه أن يحدد المطلوب من أى فرد فى مكانه هذا، وما يجب أن يقوم به، وأن نستعرض مستوى أداء بعض المحيطين به فى المهام المشابهة، وكيف ينظرون إلى أنفسهم، ثم يعرض بعد ذلك لمستوى الأداء المتوقع منهم فى المهام التالية إلى أن يدرك أن ما فعله بالنسبة للمهمة التى كان يؤديها يعد شيئاً عادياً بالنسبة للكثيرين، وأن الأمر لم يكن أبداً كما كان يعتقد هو، وهكذا. وجدير بالذكر أنه يتم من خلال هذه الفنية وضع نظام أولويات لتناول تلك الأفكار والإعتقادات المشوهة والمختلة وظيفياً التى يعتقد المريض فى صحتها وصدقها ويأخذها كأمر بديهى.

وإذا كانت الأفكار الأوتوماتيكية ذات طبيعة مطلقة على نمط إما أن يكون الشىء أبيضاً أو أسوداً دون وجود بديل ثالث بينهما، فإنه بإمكاننا أن نتخلص من ذلك عن طريق إستخدام فنية تعرف بإسم تفعيل الأبنية السلبية Operationalizing negative constructs تستند مبدئياً على تحديد الفكرة (أنا فاشل)، ثم يتم وضع محكات معينة نتمكن بواسطتها من الحكم على مدى صحة تلك الفكرة (الفاشل هو الشخص الذى يفشل تماماً فى إنجاز كل ما يطلب منه من أعمال). يلى ذلك وضع قائمة تشبه المقياس وذلك على غرار نموذج ليكرت Likert نقيس من خلاله مدى فشله فى أداء المهام التى تم تكليفه ليقوم بها، ثم نقوم بعد ذلك بتصحيح إستجاباته على تلك القائمة وسنجد أنه قد أنجز بطبيعة الحال بعض المهام حتى وإن لم يكن أداؤه على ما يرام، إلى جانب أنه لم يؤد بعضها الآخر، ومن ثم فلن ينطبق عليه ذلك المحك الذى تم الإتفاق عليه مسبقاً، وبالتالى لايمكن أن يكون

فاشلاً من هذا المنطلق. وبنفس الطريقة يمكن أن ننتقل إلى أى أفكار مشوهة أخرى أو أى إعتقادات مختلة وظيفياً، وأن ندربه على القيام بذلك بنفسه.

وإلى جانب ذلك يمكن أن نستخدم فنية أخرى هى فنية تحليل النواتج Consequential analysis عن طريق الإستعانة بالسؤال (ماذا يحدث لو . . . ؟) كأن يوجه المعالج للمريض سؤالاً كالتالى: ماذا يحدث لو شعرت بالقلق؟ ثم يقوم بعد ذلك بتحليل ما يذكره المريض، ويوضح له مدى العلاقة بين الأفكار والمشاعر، ويطلب منه أن يقوم بتحويل تلك المسلمات التى يعتقد فيها وفى صحتها إلى فروض علمية يقوم بفحصها والتحقق من صحتها وصدقها. كذلك يمكن إستخدام فنية إعادة العزو reattribution حيث غالباً ما ترتبط الأفكار الأوتوماتيكية بأنماط عزو لاتواؤمية. وفى هذا الإطار يقدم وليامز (١٩٩٢) Williams إجراء يقوم من خلاله المرضى بتخيل حدث سلبى إفتراضى، ويقوم بعزو سبب حدوثه بذلك الشكل إلى عوامل معينة من وجهة نظره. ويعمل المعالج على تقديم تفسيرات بديلة معقولة للموقف، ثم يتم تقييم الموقف ككل. يلى ذلك تطبيق هذه الفنية على أحداث واقعية مع مساعدة المريض على تحديد أنماط العزو اللاتواؤمية التى يقوم باستخدامها، ثم العمل على تطوير بدائل معقولة ومقبولة للموقف.

وبعد الإنتهاء من ذلك يتم التركيز على العناصر المعرفية الأكثر دوماً وإستمراراً كالإعتقادات والإتجاهات والقواعد والتى تلعب دوراً هاماً فى حدوث الإكتئاب وذلك بالرجوع إلى جذورها فى خبرات الفرد المبكرة، وهذا بطبيعة الحال لايتعارض بأى حال من الأحوال مع الخبرات الراهنة للفرد التى تعرف بكل من (هنا) و(الآن). وكما يتضح من ذلك فإن تلك الفنية تشبه إلى حد كبير ما يتم خلال عملية التحليل النفسى من الرجوع إلى الخبرات المبكرة للفرد للتعرف على العوامل التى أسهمت فى تشكيل الإضطراب وحدوثه لكنها تختلف عن ذلك حيث تهدف إلى التعرف على الجذور التاريخية لأبنية الفرد المعرفية التى تتعلق بالإضطراب حتى يمكن توجيه الجهود التى يتم بذلها فى الوقت الراهن لعلاج الإضطراب نحو تلك الأبنية المعرفية، ومن ثم فهى تتفق إلى درجة كبيرة مع تلك

الفنية التى قدمها يونج (١٩٩٠) Young والتى تعرف بالعلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول البنية المعرفية وتعرف هذه الفنية التى نعرض لها هنا بإسم الإستكشاف التاريخى historical exploration وتعمل تلك الفنية على تحقيق اللاتمركز من جانب المريض حيث تساعده على أن يتجاوز نطاق خبراته ويكتشف أن العالم ليس كما يتصور هو، ومن ثم يكتشف أن أفكاره ليست بديهية كما كان يعتقد. وإذا كانت الإعتقادات بالنسبة للمريض تتشكل على هيئة قواعد لايمكن الخروج عليها حتى يمكنه من وجهة نظره أن يحقق الكمال وهو الأمر الذى يسعى جاهداً إلى تحقيقه، ومن أمثلة تلك الإعتقادات (سيرفضك الآخرون إذا ما إرتكبت أى خطأ)، فإن من أهم الفنيات التى تستخدم فى تلك الحالة فنية خرق القواعد وعدم الإمتثال لها rule - breaking وبطبيعة الحال لاتمثل تلك القواعد التى يتم خرقها القواعد التى تنظم حياة الناس فى المجتمع وتحكم علاقاتهم ببعضهم البعض، ولكنها كما قلنا تمثل تلك القواعد العامة التى تتشكل فى ضوئها إعتقادات المريض. وهنا يطلب المعالج من المريض أن يقوم عن عمد بخرق تلك القاعدة فلا يمتثل لها ولا يوليها أى إهتمام من جانبه، فيعمل على إرتكاب خطأ بسيط ويرصد رد فعل الآخرين لذلك، وسوف يجد أن رد الفعل هذا ليس كما كان يعتقد ولن يرفضه الآخرون على الإطلاق لمجرد قيامه بإرتكاب مثل هذا الخطأ البسيط، وهو الأمر الذى من شأنه أن يضعف من مثل هذه الإعتقادات.

وإلى جانب تلك الفنيات السابقة يمكن إستخدام إستراتيجيات للمواجهة تقلل من إحتمال حدوث إنتكاسة بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج العلاجى منها مراقبة الذات، وتقييم الذات، والتعزيز الذاتي وهو ما سبق تناوله من قبل خلال هذا الكتاب. وإضافة إلى ذلك يتم إستخدام التدريب على المهارات الإجتماعية Social Skills training حيث يتسم الأفراد المكتئبين بقصور فى مهاراتهم الإجتماعية، وعلى ذلك يجب أن يتم تدريبهم على تلك المهارات المطلوبة للدخول فى علاقات إجتماعية معقدة. ويتضمن ذلك التدريب على تكنيكات المحادثة، والتخطيط للأنشطة الإجتماعية، وإستراتيجيات تكوين الصداقات. كما يتم أيضاً إستخدام

فنية زيادة الأنشطة السارة increasing Pleasant activities حيث يتم حث المريض على زيادة عدد تلك الأنشطة التى تبعث على البهجة والسرور بالنسبة له والتى يمكنه أن يقوم بها والتى تتضمن التفاعلات الإجتماعية الإيجابية والأنشطة غير الإجتماعية. وحتى يتمكن المريض من تحقيق ذلك يتم تدريبه على كيفية وضع أهداف واقعية، ووضع خطة معينة لتحقيق التغير السلوكى، ومكافأة نفسه عند إنجاز أى خطوة بنجاح. كذلك هناك فنية أخرى يجب أن يتم اللجوء إليها فى هذا الصدد وإستخدامها هى فنية خفض حدة القلق anxiety reduction حيث غالباً ما يحدث تلازم مرضى بين القلق والإكتئاب، وقد يعوق هذا القلق تعلم مهارات جديدة، كما قد يعوق الإستجابة فى المواقف الإجتماعية، ويقلل من تمتع الفرد بالأنشطة السارة التى يتم حثه على زيادة عددها. وعلى ذلك يتطلب الأمر خفض حدة ذلك القلق والذى يمكن أن نستخدم تدريبات الإسترخاء فى سبيل تحقيق ذلك الغرض.

ومن ناحية أخـرى يلعب التدريب على مهارات حل المشكلات- Problem Solving على مساعدة المريض كى يواجه تلك العقبات التى تعترضه وذلك بشكل واقعى ومقبول، ويقلل من إحتمال حدوث إنتكاسة بعد الإنتهاء من البرنامج العلاجى، ولذا يسمى ذلك التدريب إلى جانب التدريب على المهارات الإجتماعية بتكنيكات الوقاية من حدوث إنتكاسة بعد العلاج .relapse prevention techniques هذا ويفضل أن يتم تخصيص آخر جلستين فى البرنامج لتدريب الأفراد المكتئبين على التخطيط للمستقبل Future planning وكيفية الإستفادة من المهارات التى تدرب عليها وتعلمها وذلك فى التنبؤ بما يمكن أن يواجهه من مشكلات، وفى إعداد نفسه لمواجهة تلك المشكلات وحلها، وهو الأمر الذى يساهم أيضاً بقدر كبير فى خفض معدلات إحتمال حدوث إنتكاسة مستقبلاً.

ويمكن الإستفادة من عدد من المقاييس النفسية فى هذا الصدد من بينها المقاييس التالية:

- مقياس بيك للإكتئاب Beck Depression Inventory الذى أعده بيك وآخرون Beck et. al. (١٩٦١) وقد أعده للعربية غريب عبد الفتاح (١٩٨٥)، ويتألف من إحدى وعشرين عبارة تقيس مدى شدة الإكتئاب وذلك على مقياس متدرج من صفر إلى ثلاث درجات.

- مقياس هاملتون للإكتئاب Hamilton Rating Scale For Depression الذى أعده هاملتون Hamilton (١٩٦٧) ويقيس شدة الإكتئاب ويحدد المكونات الوجدانية والمعرفية والسلوكية للإكتئاب إلى جانب ما يرتبط به من متغيرات تتعلق بالخمول وذلك من خلال سبع عشرة عبارة تمثل كل منها عرضاً مرضياً. ويتم التقدير على مقياس متدرج من خمس درجات تتراوح بين صفر (لايوجد) إلى أربع درجات (شديد).

- مقياس الإكتئاب الذى أعده مؤلف هذا الكتاب (١٩٩٧) فى ضوء محكات التشخيص الواردة فى كل من DSM - III - R و DSM - IV والذى يتألف من أربع وخمسين عبارة يجاب عنها بالموافقة على أحد إختيارين (تنطبق) و(لاتنطبق).

- مقياس إستراتيجيات المواجهة Coping Strategies Scale الذى أعده بيكهام وآدمز Beckham & Adams (١٩٨٤) ويتألف من ١٣٩ إستراتيجية مختلفة لمواجهة الإكتئاب والضغوط والمرض. ويقرر المريض ما إذا كان قد قام بأى من هذه السلوكيات على مدى الأسبوعين السابقين أم لا، وكيف كانت مشاعره بعد ذلك من خلال إستجابته على مقياس متدرج من ثلاث نقاط (أفضل - أسوأ - لم تتغير).

- إستبيان الأفكار الأوتوماتيكية The Automatic Thoughts Questinnaire الذى أعده هولون وكندال Hollon & Kendall (١٩٨٠) وهو عبارة عن تقرير ذاتى من جانب المريض يحدد من خلاله مدى تكرار ثلاثين فكرة ترتبط بالإكتئاب وذلك خلال الأسبوع السابق.

- مقياس اليأس Hopelessness scale الذى أعده بيك وآخرون (١٩٧٤) .Beck et. al.

- مقياس بيك لمفهوم الذات Beck self - Concept test والذى قام بإعداده بيك وآخرون (١٩٩٠) .Beck et. al.

أهم الملامح المميزة للعلاج المعرفى السلوكى للإكتئاب

هناك عدد من السمات التى تميز التناول العلاجى المعرفى السلوكى للإكتئاب وتسهم بدرجة كبيرة فى تفرد هذا الأسلوب وربما تفضيله فى بعض الأحيان على سواه، من أهمها ما يلى:

١ - الإمبيريقية التعاونية Callaborative empiricism

وتعنى دخول كل من المعالج والمريض فى علاقة تعاونية علاجية وتعاونهما معاً فى سبيل تحقيق التغير العلاجى وقيام كل منهما بدور فاعل فى هذا الصدد. ومن ثم يعد ذلك من النقاط الأساسية التى تميز العلاج المعرفى السلوكى عن غيره من العلاجات النفسية الأخرى. وجدير بالذكر أن هذا المصطلح يؤكد على سمتين أساسيتين هما:

أ - يقوم المعالج فى ضوء هذا الإتجاه بعمل تعاقدات تعاونية مع المريض بحيث يعمل كل منهما بغرض تحديد تلك المشكلات التى تواجه المريض، وتناولها، وإختيار الإستراتيجيات التى تعمل على إحداث التغيير، ثم تنفيذ تلك الإستراتيجيات وتقييمها.

ب - يشجع المعالج مرضاه على تصوير أفكارهم وكأنها فروض علمية يمكن التحقق من صدقها ومدى صحتها إمبيريقياً.

ومن هذا المنطلق يفترض أن يحدث التغير العلاجى ولو جزئياً على الأقل نظراً لأن المريض أثناء تعاونه مع المعالج يعمل باستمرار على توفير الفرص التى يمكنه من خلالها مقارنة أفكاره وما تتضمنه من توقعات وإفتراضات وإعتقادات بالنتائج

الفعلية التى يتم تحقيقها. وإلى جانب ذلك يركز العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى على دور الدحض المنطقى فى تدعيم حدوث التغير المعرفى.

٢ ـ إستخدام الأسئلة:

ويمثل إستخدام الأسئلة إحدى المهارات العلاجية التى تميز العلاج المعرفى السلوكى. ويحدد بيك (١٩٧٩) Beck فى هذا الإطار عدداً من الوظائف التى تؤديها عملية توجيه الأسئلة خلال العلاج من بينها تسهيل قيام المرضى بترجمة تلك الأفكار والإعتقادات التى يرونها أموراً بديهية لاتقبل النقاش إلى فروض تقبل التحقق من صحتها وصدقها مما يسهل من عملية التجريب وطرح البدائل من جانب المريض، وهو ما يمثل لب عملية حل المشكلات وما يرتبط بها من مهارات والتدريب عليها. كما يمكنها أيضاً أن تعزز من عملية التعاقد العلاجى التعاونى التى يقوم المعالج من خلالها بمساعدة المريض فى التركيز على مشاغله أى ما يشغله من أمور يمكن أن تسبب له مشكلات حالية أو لاحقة، ومساعدته على إكتشاف مدى صحة إعتقاداته، وتحديد محكات يمكنه بموجبها أن يعمل على تقييم تلك الإعتقادات، وأن يقوم بإختبار النتائج التى تترتب على ما يقوم به من أفعال.

٣ ـ التركيز على (هنا) و(الآن): Here - and - now focus

يهدف هذا الأسلوب العلاجى إلى إعتراض تلك الحلقة المفرغة للمعرفة والوجدان السلوك التى يعتقد أنها تعمل على الإبقاء على الزملة الإكتئابية وتطورها وإستمرارها. ولذلك فهو يركز على (هنا) و(الآن) مؤكداً بذلك على الموقف الراهن والوقت الراهن والأعراض الحالية التى تبدو على المريض. ولايعنى ذلك التركيز على أمور غير هامة ولا ترتبط بالموضوع على الرغم من أن الإتجاهات والإعتقادات المشوهة والمختلة وظيفياً لاتكون وليدة اللحظة الراهنة ولكنها تستند بطبيعة الحال إلى خبرات سلبية مبكرة أى حدثت فى وقت سابق من حياة الفرد وقد يعود ذلك كما ترى مدرسة التحليل النفسى أو الإتجاه السيكودينامى إلى مرحلة الطفولة حيث هناك إتجاه علاجى معرفى سلوكى يعمل على تحقيق التغير

البنيوى من خلال إكتشاف الأحداث النمائية التى ترتبط بالتفكير المشوه أو المختل وظيفياً والتعرف عليها، ويعمل بالتالى على أن يركز على تلك الأبنية المعرفية خلال العلاج حتى يتم إحداث التغير المرغوب فيها. ويعمل التركيز على (هنا) و(الآن) على تحديد المكونات المعرفية التى تلعب دوراً هاماً فى الإبقاء على الأداء الوظيفى الإكتئابى. وبالتالى فإن مشاغل المرضى وإهتماماتهم هى التى تشكل المادة الخام التى يتم بمقتضاها توجيه التركيز أثناء عملية العلاج فيتم بالتالى نقل التركيز من واحد منها إلى الآخر بحسب مقتضيات الموقف. كذلك تندرج فى هذا الإطار أفكار ومشاعر المريض تجاه المعالج والعملية العلاجية، وهذه بلاشك تلعب دوراً هاماً فى سير العملية العلاجية برمتها.

٤ - إستخدام الواجبات المنزلية:

من الجدير بالذكر أن كلاً من المعالج والمريض يعملان معاً أثناء العملية العلاجية على تحديد تلك الواجبات التى يمكن أن يؤديها المريض بين الجلسات والتى تتم فى المنزل وتعمل على تعزيز ما تم تعلمه والتدريب عليه خلال جلسات العلاج. وقد يتضمن الواجب المنزلى فى الجلسات الأولى من البرنامج الإبقاء على قيام المريض وإستمراره فى التسجيلات اليومية للوجدان والسلوك والأفكار المختلة وظيفياً والتى يمكن أن تتم بأكثر من طريقة واحدة من بينها كتابة المذكرات اليومية وتدوينها بشكل مستمر ومتناسق يتم الإتفاق عليه مع المعالج. ومن خلال الإمبيريقية التعاونية التى يركز عليها هذا الأسلوب العلاجى تأخذ الواجبات المنزلية شكل التجارب السلوكية التى يتم القيام بها حتى يتسنى التحقق من صحة أفكار المريض وإعتقاداته وإفتراضاته وصدقها. ومع التدريب على كل مهارة جديدة أثناء العلاج كالتوكيدية assertiveness مثلاً (التدريب على السلوك التوكيدى) يتضمن الواجب المنزلى تطبيق تلك المهارة على مواقف حياتية واقعية مع تنويع هذه المواقف. وبالتالى يمثل إستخدام تلك الواجبات المنزلية مكوناً متكاملاً فى هذا الأسلوب

العلاجى له أهميته وله دوره الفاعل فى حدوث التغير العلاجى. وحتى تحدث الإستفادة الكاملة من تلك الواجبات ويتحقق الهدف من إستخدامها يجب أن يقوم المعالج بمراجعة تلك الواجبات خلال عشر دقائق فى بداية الجلسة العلاجية التالية مما يتيح له الفرصة كى يتعرف على كيف الأداء فيها، ويكتشف ما قد يحدث خلالها من أخطاء، ويعمل على تصويبها، ويتأكد من أن أداء المريض فيها قد كان بالشكل المطلوب مما يساعد على حدوث تقدم ملحوظ فى العلاج وبالتالى تحقيق نتائج أفضل.

٥ ـ التوجه قصير المدى: Short - term orientation

يتم تطبيق البرنامج العلاجى على أساس قصير المدى بحيث لايزيد عدد الجلسات عن عشرين جلسة وذلك لعلاج حالات الإكتئاب الشديد. ويعمل هذا التوجه قصير المدى على زيادة دافعية كل من المريض والمعالج للإستمرار فى توجههم المتمركز حول المشكلة التى يتعاملان معها. كما أن ذلك يزيد من أهمية وضع صياغة معرفية سلوكية واضحة للمشكلة من جانب المعالج، وقيام المريض بالتعاون مع المعالج فى سبيل تحقيق الخطة العلاجية المستهدفة وذلك خلال هذا المدى القصير حتى يتم التغير المنشود.

دراسات تطبيقية

وسوف نستعرض خلال هذا الجزء بعضاً من الدراسات الحديثة التى تم إجراؤها فى ضوء هذا الإتجاه العلاجى وذلك خلال السنوات العشر الماضية، كما سنوضح من خلالها ما تم إستخدامه فيها من إجراءات وفنيات علاجية وأهم ما توصلت إليه من نتائج.

وفى هذا الإطار تناول صلاح الدين عراقى (١٩٩١) العلاج المعرفى السلوكى ومدى فاعليته فى علاج من يعانون من الإكتئاب العصابى من طلاب الجامعة حيث تم إختيار عينة الدراسة من بين الطلاب الذين حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس بيك للإكتئاب، وتم تقسيم العينة المختارة إلى أربع مجموعات تتضمن كل

منها عشرة طلاب (مجموعتين تجريبيتين إحداهما للذكور والأخرى للإناث، وكذلك الحال بالنسبة للمجموعتين الضابطتين). وطبق على المجموعتين التجريبيتين برنامجاً علاجياً إستغرقت جلساته إثنا عشر أسبوعاً بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً. وركزت جلسات البرنامج منذ البداية على إقامة علاقة تعاونية بين المعالج والعميل، والتعريف بالعلاج، والواجبات المنزلية، وتسجيل الأفكار المختلة وظيفياً، وإعطاء العملاء كتيب التغلب على المشكلات الذى أعده بيك، ودراسة المشكلات وإختزالها، وإستعراض المواقف المسببة للإنفعالات الكدرة، وإستنباط الأفكار المتعلقة بالحزن، وعمل قائمة بالإتجاهات والإفتراضات التى تجعل الفرد حزيناً، ومناقشة المعارف الناشئة عن وجدان كدر، وتسجيل التحريفات المعرفية الشائعة والأحداث المهمة فيها، وتسجيل الأفكار التى ترتكز على «يجب» ومناقشتها، وإستعراض التفسيرات البديلة، والتغذية الرجعية، ومناقشة الأهداف المستقبلية. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبيتين والمجموعتين الضابطتين بعد العلاج فى أعراض الإكتئاب لصالح المجموعتين التجريبيتين، كما وجدت فروق دالة بينهما أيضاً فى نفس الإتجاه بعد إنتهاء فترة المتابعة وذلك بعد مرور شهرين على إنتهاء البرنامج العلاجى. وقد دلت النتائج على إنخفاض الأعراض الإكتئابية لدى أفراد المجموعتين التجريبيتين، ولم تظهر فروق دالة بين الذكور والإناث من المجموعتين التجريبيتين بعد العلاج ولا بعد إنتهاء فترة المتابعة. كما دلت نتائج الدراسة التتبعية على إستمرار التحسن وزوال الأعراض الإكتئابية.

وتناولت دراسة هشام عبد الله (١٩٩١) أثر العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض مستوى الإكتئاب لدى الشباب الجامعى من خلال التعرف على الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالأعراض الإكتئابية وإستخدام فنيات العلاج العقلانى الإنفعالى فى تعديل الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة، ومن ثم خفض حدة الإكتئاب وصدمة ضغوط الحياة. وتكونت عينة الدراسة الإمبيريقية من ٤٧٥ طالباً وطالبة طبق عليهم مقياس ضغوط الحياة، والقائمة المعرفية التى أعدها بيك، وإستبيان

الأحكام التلقائية السلبية، ومقياس التقدير الذاتى للإكتئاب، وتوصلت إلى وجود علاقة موجبة دالة بين درجة الأحكام التلقائية السلبية ودرجات شدة أعراض الإكتئاب، وكذلك وجود علاقة موجبة دالة بين درجات ضغوط الحياة ودرجات شدة أعراض الإكتئاب. أما عن أثر العلاج العقلانى الإنفعالى فقد تم إختيار عينة للدراسة العلاجية من بين العينة السابقة مكونة من عشرة طلاب وعشر طالبات ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقاييس الدراسة، وتم تقسيمها إلى مجموعتين إحداهما ضابطة وتضم خمسة طلاب وخمس طالبات، والأخرى تجريبية وتضم أيضاً خمسة طلاب وخمس طالبات طُبق عليها برنامج علاجى مؤسس على مفاهيم إليس Ellis ويتكون من إثنتى عشرة جلسة علاجية تدور حول شرح هدف البرنامج، وشرح نظرية ABC وتوضيح الأفكار اللاعقلانية التى أوردها إليس، وإستخدام عدة فنيات علاجية تضمنت التحويل، وإشباع المطالب، ولعب الأدوار، والإقناع المنطقى، والدحض والحث والتشجيع، والتخلى عن المطالبة، والواجبات المنزلية، وضبط الذات. وتوصلتْ الدراسة إلى التأكد من فعالية العلاج العقلانى الإنفعالى فى تعديل الأحكام التلقائية (الأوتوماتيكية) السلبية وجوانب التشويه المعرفى لدى المجموعة العلاجية بعد العلاج. كما وجدت فروق دالة بين المجموعة العلاجية والمجموعة الضابطة بعد العلاج فى كل من مقياس الأحكام التلقائية السلبية، ومقياس التشويه المعرفى فى الإكتئاب، ومقياس شدة أعراض الإكتئاب، ومقياس ضغوط الحياة، وكانت الفروق لصالح المجموعة العلاجية. ولم توجد فروق دالة بين الجنسين داخل المجموعة العلاجية فى المتغيرات السابقة. كما أظهرت نتائج الدراسة الإكلينيكية على حالتين من داخل المجموعة العلاجية فعالية العلاج العقلانى الإنفعالى الفردى فى تعديل المتغيرات المرتبطة بالإكتئاب.

وأجرى بورنز ونولين ـ هوكسيما (١٩٩٢) Burns & Nolen - Hoeksema دراسة على عينة من المرضى الذين يعانون من إضطرابات وجدانية منهم ١٦٨ مريضاً يعانون من إكتئاب حاد MDD أو إكتئاب بسيط dysthymia أو إكتئاب مزدوج أى يجمع بين البسيط والحاد معاً (٨٩ مريضاً يعانون من إضطراب إكتئابى

خالص، ٧٩ مريضاً يعانون من تلازم مرضى بين الإكتئاب والقلق). وللتأكد من فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الإكتئاب تم تقسيم أفراد هذه العينة إلى مجموعتين ضمت الأولى ٩٨ مريضاً تلقوا برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى، وضمت المجموعة الثانية ٦٨ مريضاً تلقوا برنامج العلاج المعرفى السلوكى إلى جانب العلاج بالعقاقير وذلك باستخدام مضادات الإكتئاب. وإستغرق البرنامج العلاجى إثنتى عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة فى الأسبوع، وتم خلالها إستخدام فنيات المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والواجبات المنزلية. وأوضحت النتائج أنه لا توجد فروق دالة فى درجة التحسن بين مرضى الإكتئاب الخالص وأولئك الذين يعانون من التلازم المرضى بين الإكتئاب والقلق، وهو ما يؤكد فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج كل من الإكتئاب والقلق، وأنه لم يتحسن مرضى الإكتئاب المزدوج بنفس القدر الذى تحسن به مرضى الإكتئاب الحاد، إلا أن هذه الفروق لم تكن دالة. كذلك أوضحت النتائج أنه لا توجد فروق دالة فى درجة التحسن بين المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى فقط والمرضى الذى تلقوا العلاج المعرفى السلوكى إضافة إلى العلاج بالعقاقير.

كما تناول بروبست وآخرون (١٩٩٢) Propst et . al فعالية العلاج المعرفى السلوكى قياساً بنسخة معدلة من نفس البرنامج العلاجى ذات محتوى دينى تم إعدادها فى ضوء التعاليم الكاثوليكية والبروتستانتية وذلك لعلاج مجموعتين من مرضى الإكتئاب الحاد، تضم إحداهما المرضى المتشددين دينياً (ن = ١٩)، وتضم الثانية مرضى غير متشددين (ن = ٢٠)، إضافة إلى مجموعة ثالثة (ن = ٢٠) كمجموعة ضابطة لم يتلق أعضاؤها أى علاج فيصبح بذلك عدد أفراد العينة ٥٩ مريضا متوسط أعمارهم ٤٠ سنة. وتم تحديد المحتوى الدينى للبرنامج بعد مراجعة مائتين من رجال الدين المسيحى الكاثوليك والبروتستانت. هذا وقد إستغرق تطبيق البرنامج ١٨ أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وتم إستخدام فنيات المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والواجبات

المنزلية. وتمت نصف الجلسات فى مركز دينى تابع لمدرسة دينية فى حين تم نصفها الآخر فى المعمل، وكان نصف المعالجين من المتشددين دينياً ونصفهم الآخر من غير المتشددين. وتم تقسيم أفراد كل مجموعة من المجموعتين التجريبيتين إلى مجموعتين فرعيتين ليصبح عدد المجموعات التجريبية بذلك أربع مجموعات على النحو التالى:

أ ـ **المجموعة الأولى:** وتتلقى برنامجاً ذا محتوى دينى ويشرفه على العلاج أحد المعالجين المتشددين دينياً.

ب ـ **المجموعة الثانية:** وتتلقى برنامجاً عادياً ويشرف على علاجها معالج متشدد دينياً.

جـ ـ **المجموعة الثالثة:** وتتلقى برنامجاً ذا محتوى دينى ويشرف على العلاج معالج غير متشدد دينياً.

د ـ **المجموعة الرابعة:** وتتلقى برنامجاً عادياً ويشرف على علاجها معالج غير متشدد دينياً.

وأوضحت النتائج فعالية برنامج العلاج المعرفى السلوكى فى التخفيف من حدة الإكتئاب الحاد مع تفوق فى فاعلية البرنامج ذى المحتوى الدينى للمرضى المتشددين دينياً، يليه البرنامج العادى للمرضى غير المتشددين دينياً وذلك قياساً بالمجموعة الضابطة. أما أفضل المجموعات الفرعية فكانت مجموعة المرضى المتشددين دينياً الذين تلقوا برنامج العلاج المعرفى السلوكى ذا التوجه الدينى وكان يقوم على علاجهم معالج متشدد دينياً (المجموعة الأولى). كما أدت فاعلية العلاج المعرفى السلوكى (العادى أو الدينى) فى علاج الإكتئاب الحاد لدى أفراد هذه العينة إلى تحقيقهم لدرجة كبيرة من التوافق النفسى (الشخصى والإجتماعى) قياساً بأعضاء المجموعة الضابطة التى لم يتلق أعضاؤها أى علاج.

وفى دراستهما التى قارنا فيها بين مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى بمفرده والعلاج المعرفى السلوكى مقترناً بالعلاج بالعقاقير وذلك لعلاج الإكتئاب الحاد على عينة (ن = ٣٢) تتراوح أعمارهم بين ١٨ ـ ٦٢ سنة بمتوسط ٣٣,٨ سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضمت كل منهما ستة عشر مريضاً وخضعت لأحد البرنامجين فقط. وتألف البرنامج العلاجى للمجموعتين من عشرين جلسة على مدى إثنى عشر أسبوعاً بواقع جلستين أسبوعياً فى الأسابيع الثمانية الأولى، ثم جلسة واحدة فقط أسبوعياً فى الأسابيع الأربعة الأخيرة. وتم إستخدام فنيات المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية. وإضافة إلى ذلك كان المرضى بالمجموعة الثانية التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى مقترناً بالعلاج بالعقاقير يتم مقابلتهم مرة واحدة أسبوعياً من جانب الطبيب النفسى فى جلسة تركز على معلومات عن جرعات الدواء والآثار الجانبية له، كشف النتائج التى توصل إليها جونز وبولوس (١٩٩٣) Jones & Pulos عن حدوث تحسن فى حالة المرضى فى المجموعتين وإختفاء معظم الأعراض المرضية بدرجة كبيرة، إلا أن الفروق بين نتائج كلا الأسلوبين لم تكن دالة، وهو ما يعنى أن فاعلية العلاج المعرفى السلوكى بمفرده فى علاج الإكتئاب الحاد لاتختلف عن فاعليته إذا ما أضفنا إليه العلاج بالعقاقير. ويتفق سترافنسكى وآخرون (١٩٩٤) Stravynski et. al مع هذه النتيجة فى دراستهم التى أجروها على عينة ضمت ٢٤ مريضاً بالإكتئاب الحاد إنسحب منهم ستة مرضى لتصبح بذلك العينة النهائية للدراسة ١٨ مريضاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين تلقت المجموعة الأولى برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى إستغرق خمسة عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة فى الأسبوع، فى حين تلقت المجموعة الثانية نفس الأسلوب العلاجى مضافاً إليه عقار إميبرامين imipramine كعقار مضاد للإكتئاب. وتم إستخدام مقياس بيك للإكتئاب، ومقياس هاملتون Hamilton للإكتئاب، ومقياس اليأس تم تطبيقها جميعاً قبل تطبيق البرنامج العلاجى وبعده، حيث كشفت النتائج

عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد العينة فى التطبيقين القبلى والبعدى لصالح التطبيق البعدى، ولم توجد فروق دالة بين المجموعتين ترجع إلى الأسلوبين العلاجيين المستخدمين. وعند متابعة ستة عشر مريضاً منهم بعد ستة شهور أوضحت النتائج فعالية العلاج المعرفى السلوكى الجماعى فى علاج الإكتئاب الحاد، وأن إضافة العقار المستخدم للبرنامج العلاجى لم تكن له أى آثار دالة.

هذا وقد وجد تيز وآخرون (١٩٩٤) Thase et. al فى دراستهم لعينة ضمت ٦٢ مريضاً، منهم ٢٢ مريضاً يعانون من الإكتئاب المزمن متوسط أعمارهم ٣٨,١ سنة، ٤٠ مريضاً متوسط أعمارهم ٣٧,٩ سنة يعانون من الإكتئاب الحاد. وخضعوا جميعاً لبرنامج للعلاج المعرفى السلوكى إستمر ستة عشر أسبوعاً، وتم خلاله إستخدام نفس الفنيات التى تمت الإشارة إليها سابقاً، وجدوا أن إستجابات المرضى الذين كانوا يعانون من الإكتئاب المزمن للعلاج المعرفى السلوكى كانت أقل من أقرانهم الذين كانوا يعانون من الإكتئاب الحاد، كما كانت معدلات التحسن ضعيفة بالنسبة للمرضى الذين كانوا يعانون من الإكتئاب المزمن وكانت أعراضهم الإكتئابية مرتفعة وبالتالى كان معدل الشفاء منخفضاً. وعند دراسة فاعلية العلاج المعرفى السلوكى الجماعى لمرضى الإكتئاب منخفضى الدخل المترددين على العيادات الخارجية بالمستشفى، ضمت عينة الدراسة التى أجراها أورجانستا وآخرون (١٩٩٤) Organista et. al ضمت ١٧٥ مريضاً، وإستمر البرنامج العلاجى لمدة إثنى عشر أسبوعاً، وإتضح وجود نقص دال فى متوسط درجات المرضى على مقياس بيك للإكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدى مما يدل على حدوث تحسن لدى هؤلاء المرضى. أما المرضى الذين كانوا يعانون من أعراض مرتفعة للإكتئاب وكانوا يعيشون بمفردهم فكانت إستجاباتهم للعلاج ضعيفة.

وإلى جانب ذلك فقد كشفت نتائج الدراسة التى أجراها جاكوبسون وهولون Jacobson & Hollon (١٩٩٦) على مرضى الإكتئاب الحاد المترددين على المعهد القومى للصحة النفسية بالولايات المتحدة الأمريكية والتى هدفت إلى المقارنة بين العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير وذلك فى علاج الإكتئاب الحاد والمتضمن فى برنامج علاج الإكتئاب بالمعهد، كشفت الدراسة عن نتائج تتناقض مع ماكشفت عنه الدراسات الأخرى إذ أوضحت أن العلاج بالعقاقير يعد هو الأفضل فى علاج الإكتئاب الحاد قياساً بالعلاج المعرفى السلوكى.

تعليق عام

بعد أن تناولنا الإضطرابات الإكتئابية وطبيعتها والمحكات التشخيصية للإكتئاب وفقاً لما ورد فى DSM - IV والنموذج المعرفى للإكتئاب وكيفية إستخدام العلاج المعرفى السلوكى فى هذا الصدد، وبعد إستعراض التراث السيكلوجى الخاص بالإكتئاب نلاحظ أن دراسة الإكتئاب لاتزال تحظى بالنصيب الأكبر من البحث والدراسة، وربما يرجع ذلك إلى أن هذا الأسلوب العلاجى كان يهدف فى الأصل إلى علاج الإكتئاب، كما أن تلك الدراسات قد طورت من تناولها للإكتئاب وإمتد نطاق الإهتمام ليشمل الإكتئاب الحاد بعد أن كان مقتصراً على الإكتئاب البسيط فقط.

ويتضح من نتائج تلك الدراسات أنها تكاد تجمع على أن العلاج المعرفى السلوكى يعد هو الأسلوب الأفضل لعلاج الإضطرابات الإكتئابية المختلفة، وأن إضافة العلاج بالعقاقير إليه لم يؤد إلى أى آثار دالة باستثناء دراسة جاكوبسون وهولون Jacobson & Hollon (١٩٩٦) التى أوضحت أن العلاج بالعقاقير يتفوق على العلاج المعرفى السلوكى فى علاج حالات الإكتئاب الحاد. كذلك فقد كانت أكثر الفنيات العلاجية إستخداماً فى تلك الدراسات هى المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية.

وبذلك نلاحظ أن هذه الدراسات فى مجملها تدعم فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لعلاج الإضطرابات الإكتئابية إجمالاً حيث كشفت عن إنخفاض حدة الأعراض لدى المرضى بعد العلاج وربما إختفائها تماماً فى بعض الحالات. وقد يرجع ذلك إلى أن هذا الأسلوب العلاجى بما يضمه من إستراتيجيات متنوعة يتعامل مع الأفكار والمشاعر والأفعال، ويؤدى نجاح تنفيذه حتماً إلى حدوث التعديل والتغيير السلوكى المرغوب، ويؤدى بالتالى إلى قدرة الفرد على إستعادة توافقه من جديد. .

* * *

الفصل الخامس

إضطرابات القلق

القلق المرضى

يعرف القلق (المرضى) بأنه إنفعال غير سار يتعلق غالباً بالمستقبل وإن كان يتعلق بالماضى فى بعض الأحيان وذلك عندما يخشى الفرد مثلاً من أن يحدث له ما حدث فى الماضى. ويتبع القلق بشعور بالتوتر والشد والكدر والتهديد والخوف الدائم دون سبب واضح. وتتسم إستجابة القلق بأنها تكون مفرطة لاتتناسب مع الموقف أو المثير لأن مثل هذه المواقف لاتحمل خطراً حقيقياً، ولكنها تحمل الخطر فقط من وجهة نظر الفرد القلق سواء فى مخيلته أو فى البيئة الخارجية. وتسهم خصائص الشخص القلق فى زيادة معاناته لخبرة القلق، وتجعل من الصعب التخفيف من إستجابة القلق أو تجنبها. وعادة ما يصاحب القلق بأعراض نفسية مثل الأرق، والأفكار الوسواسية، وبأعراض جسمية مثل الصداع، وآلام الصدر، والدوخة، والغثيان، وغير ذلك من أعراض.

ويتفق علماء النفس على أن القلق يعد هو نقطة البداية بالنسبة للإضطرابات النفسية والعقلية. وقد يكون القلق عرضاً فى إحدى الزملات المرضية (العصابية) الأخرى، وقد يشتد ويكون مرضاً أولياً. ويرى إليس Ellis أن المعتقدات أو الأفكار اللاعقلانية يمكن أن تؤدى إلى حدوث القلق. ويرى أن الناس يتعلمون طرقاً أو إتجاهات للتفكير حول عالمهم هى التى تسبب لهم القلق، فحجم القلق الذى يمكن أن يسببه الفرد لنفسه ينشأ ويتزايد لو إعتقد أنه يجب أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز فى كل شىء حتى يمكن أن نعتبره شخصاً ذا أهمية. ويمكن أن يتسبب الفرد لنفسه فى القلق الإجتماعى أيضاً وذلك لو إعتقد أنه من الضرورى بالنسبة له أن يكون محبوباً من كل المحيطين به ومرضياً عنه منهم. ويرى بيك Beck أن مدى القلق الذى يشعر به الفرد يستدعى زيادة المنبهات،

ولذلك فأى حركة أو أصوات أو تغيرات فى الوسط الذى يعيش فيه تتم ترجمتها إلى نوع من الخطر حيث يخبر المريض أفكاراً عن الخطر المتوقع. ويكون تفكير الفرد مشتتاً ومشوهاً، ويرتبط تركيزه بمفهومه عن الخطر وعلامات هذا الخطر مما يفقده تحكمه الإرادى فى المنبهات الخارجية وهو الأمر الذى يؤدى إلى زيادة القلق إذ تعكس أفكار الفرد تقييمه للموقف وليس الموقف الفعلى، كما أنها أيضاً تثير إستجاباته الإنفعالية والسلوكية.

ويركز المعالجون الذى يستندون إلى العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى على جذب إنتباه العملاء من خلال قضايا معينة (إنهزامية الذات) والتى تؤدى إلى عملية إستنباط قضايا أو أفكار لاعقلانية مثل «إنه لمن النكبات ألا أكون محبوباً من الآخرين» أو «يجب أن أكون محبوباً من جميع الأشخاص المحيطين بى». وفى مثل هذه الحالات يحاول المعالج أن يساعد العميل على تصحيح معتقداته ويشجعه على تبنى فهم حقيقى عن ذاته.

ومن أهم الفنيات التى يمكن إستخدامها فى علاج القلق المناقشة، ومراقبة الذات، وتحديد الأفكار اللاعقلانية وتعديلها، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والتدريب على حل المشكلات، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتحصين التدريجى، والتحكم فى القلق، وضبط الذات، وفقد الحساسية المنظم، والتعريض (التخيلى ـ الواقعى) ومنع الإستجابة.

ويقدم جولدفرايد Goldfried فنية جديدة يتم من خلالها تشجيع العملاء على إعادة تقييم رؤيتهم غير الواقعية لمواقف الحياة المختلفة مما يساعدهم على التمييز بين تهديد حقيقى فى البيئة وتهديد محسوس بشكل خاطئ على أنه خطر. فيدمج بين الإسترخاء والعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى فنية أسماها إعادة البناء العقلانى التدريجى هى أشبه بالتحصين التدريجى، ولكنه يستخدم إعادة التقييم بدلاً من الإسترخاء. وهى وإن كانت تشبه إعادة البناء المعرفى عند بيك فإن بيك يشرك العملاء فى بحث تعاونى عن دليل يمكن أن يناقض بعض الإدراكات الخاطئة

المسببة للمشاكل، فى حين يستخدم إليس Ellis الإقناع المنطقى واللفظى كمحاولة لجعل العملاء يغيرون من نظرتهم إلى الإشياء. وتقوم هذه الفنية على ما يلى:

١ - إفتراض أن الأفكار تتوسط الإنفعالات، ومساعدة العملاء على إكتشاف ذلك وتقديم الأمثلة من حياتهم.

٢ - إستخلاص منظور واقعى من العميل وذلك بدلاً من إقناعه بعدم واقعية أفكاره، بل مساعدته على إكتشاف ذلك بنفسه. وفى سبيل ذلك يلعب المعالج دور المريض ويقوم المريض بإقناعه بأن أفكاره غير واقعية كأن يستخلص مثلا «إن إختلافهم معك فى الرأى لايعنى أنهم لايحبونك».

٣ - التعرف على الإفتراضات غير الواقعية المحدثة للقلق، وهذه تأتى نتيجة للخطوة السابقة حيث يدرك العملاء تلقائياً أن أفكاراً ضمنية معينة هى المسئولة عن ردود فعلهم القلقة.

٤ - توفير الفرصة للقيام بالممارسة لإعادة تقييم المعتقدات غير الواقعية التى تعمل كأساس لرد فعلهم القلق مما يساعدهم على تطبيق ذلك فى مواقف الحياة الحقيقية والمتباينة.

وجدير بالذكر أن القلق الإجتماعى يعد من أكثر المشكلات التى يمكن تطبيق هذا الإجراء عليها.

ويعرض المؤلف فى هذا الفصل إضطرابات القلق، وذلك فى ضوء التصنيف الذى يورده دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM - IV الصادرة عام ١٩٩٦ عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى، والإضطرابات المذكورة هى:

١ - إضطراب الهلع.

٢ - إضطراب القلق العام (المعمم).

٣ - إضطرابات الرهاب أو الخوف المرضى (الفوبيا)، وهى:

أ ـ فوبيا الأماكن الواسعة (رهاب الساحة).

ب ـ المخاوف الإجتماعية.

جـ ـ مخاوف نوعية محددة.

٤ ـ إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة.

٥ ـ الوساوس والأفعال القهرية.

وسوف نعرض لتلك الإضطرابات على النحو التالى:

أولاً: إضطراب الهلع Panic disorder

طبيعة الإضطراب:

يمثل الهلع حالة من الخوف المرعب، وتعمل كمشكلة أساسية وخطيرة بين من يعانون منه حيث يتعرضون لما يشبه الإنفجارات المفاجئة من الخوف، والأعراض الفسيولوچية الجياشة، والإحساسات المفزعة بفقد السيطرة على أنفسهم، أو الإصابة بالجنون، أو الموت. كما يحدث كم متزايد من الإثارة والقلق والخوف من تكرار مثل هذه الأعراض. وتؤدى تلك الأعراض بما لايدع مجالاً للشك إلى عجز الفرد عن أن يواجه موقفاً يصبح فيه وحيداً، أو يذهب إلى الإماكن العامة، ويخشى حدوث نوبة أخرى، وهذا ما يعرف بالخوف من الأماكن الواسعة agoraphobia والذى غالباً ما يواجه نوبة الهلع ويؤدى فى كثير من الأحيان إلى تقييد سلوك الفرد وخوفه من السفر والترحال ومن الأماكن العامة والواسعة والمفتوحة مما يؤدى إلى تجنب الفرد لمثل هذه المواقف.

وإلى جانب ذلك يكون إضطراب الهلع عادة مصحوباً بخلل واضح فى الأداء الوظيفى الإجتماعى والمهنى والأسرى فيؤدى إلى الخوف والإنزعاج من المواقف اليومية المختلفة والإنسحاب من المواقف الإجتماعية بما فيها المهنة، ويصبح الفرد حبيس منزله ولا يقوى على مغادرته، وبسبب تلك الأعراض المتلاحقة يعتقد أنه مريض بدرجة خطيرة. وإذا كانت نوبة الهلع تحدث غالباً بشكل غير متوقع، فإن

هذه النوبة على العكس من الخوف الإجتماعى تحدث عندما لايكون الفرد موضعاً لإهتمام الآخرين، وترجع إثارتها إلى أحداث ومواقف عادة ماتثير القلق، كما أنها قد ترجع إلى عوامل عضوية أيضاً. وإذا كانت نوبة الهلع تتسم فى البداية بحدوثها غير المتوقع فإنها بعد ذلك ومع تطور الإضطراب يمكن أن تثار إذا ما تعرض الفرد لأى من المواقف التى تسبب الخوف.

وتتسم نوبة الهلع عند حدوثها بالخوف الشديد المفاجئ، والترقب، والرعب مع شعور بالهلاك المحتوم ويصاحبها عدد من الأعراض تصل إلى ذروتها فى الحدة خلال عشر دقائق من بداية ظهور أول عرض، وقد تستمر الأعراض من بضعة دقائق وحتى ساعات طوال. هذه الطبيعة المفاجئة للهلع هى ما تميزه كاضطراب عن غيره من إضصرابات القلق الأخرى كاضطراب القلق العام على سبيل المثال. وتتضمن نوبة الهلع أعراضاً فسيولوچية كالخفقان أى سرعة معدل دقات القلب، والعرق، والرجفة، وإنخفاض معدل التنفس (كرشة النَفَس)، والإختناق، والدوار، والغثيان، وتخدر الجسم، وآلام فى الصدر. كما تتضمن أيضاً أعراضاً معرفية كالتجريد من الواقعية (الشعور بتغير الحقيقة) derealization أو إختلال الأنية depersonalization والخوف من الموت، أو الجنون، أو فقد السيطرة، إضافة إلى أعراض سلوكية تعبيرية تتضمن فى الغالب الحاجة الملحة للفرار أو الهروب من الموقف الراهن. وبذلك يصل عدد هذه الأعراض إلى ثلاثة عشر عرضاً (راجع : Rathus & Asnis, 1995).

وغالباً ما يصاحب الهلع بالخوف من الأماكن الواسعة حيث ينتشر ذلك بين ثلث من يعانون من إضطراب الهلع تقريباً. ويتمثل ذلك الخوف فى الخوف من التواجد فى أماكن يصعب الهروب منها، كما تصاحبه مخاوف نوعية تتعلق بالإدراكات وحدوث المآسى والمصائب. وجدير بالذكر أن الشخص الذى يعانى الخوف من الأماكن الواسعة لايخشى فى الواقع ذلك الموقف الذى يريد تجنبه فى حد ذاته بقدر مايخشى الأعراض المأسوية والمهلكة التى قد تحدث نتيجة لذلك. ومن بين المواقف التى تثير هذا الإضطراب الإبتعاد عن المنزل، وركوب الأتوبيس

أو القطار أو الطائرة، وقيادة سيارة خاصة فوق كوبرى أو فى نفق أو عند الزحام المرورى، أو التواجد بين حشد كبير من الناس كما هو الحال فى الأسواق مثلاً أو الوقوف فى طابور. ويحدث الهلع المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة بمعدلات متشابهة بين الجنسين.

ومن الجدير بالذكر أن نوبة الهلع غالباً ما تصاحب ببعض الإضطرابات الأخرى ومشاعر العجز كالقلق والخوف واليأس والقلق العام والمخاوف النوعية والخوف الإجتماعى والوساوس والإكتئاب وتوهم المرض **hypochondriasis** والآلام الجسمية وبعض الضلالات من النوع الجسمى التى ترتبط بإعتقادات حول إضطراب الجسم أو المرض. هذا وتتطور نوبة الهلع من وجود مثير إلى ظهور عرض جسمى، ففكرة مأسوية ثم تصعيد للموقف يليه الهروب أو تجنب ذلك الموقف ثم شعور باليأس. فعند وجود الفرد وسط حشد من الناس مثلاً يدق قلبه بسرعة ويشعر بفقد السيطرة على نفسه، فيزداد قلقه وتظهر أعراض أخرى للنوبة مما يدفعه إلى محاولة الإبتعاد عن المكان، ويشعر بالإكتئاب والإثباط وعجزه عن فعل أى شىء حيال ما يشعر به.

ويصف بيك (١٩٨٨) Beck نموذجاً للهلع يثير فيه إدراك الفرد للخطر نسق الإستجابة الطارئ، ويعمل هذا النسق على تحقيق البقاء للفرد فى مواجهة خطر فيزيقى (مادى) حقيقى وذلك بإعداده للعدوان أو الهرب (القتال أو الإسراع بالإبتعاد) أو منعه من الحركة المفاجئة (الإغماء أو التجمد فى مكانه). إلا أن الإستجابة الطارئة فى حد ذاتها قد تعمل كمنبه للفرد حيث تعمل على تجميع الإحساسات الجسمية المضطربة والإختلالات الوظيفية المعرفية العابرة والتى يمكن للفرد أن يدركها على أنها مصادر للخطر. ومن هذه الإحساسات أو المشاعر إعتصار القلب وسرعة دقاته، والشعور بالدوار (الدوخة)، والضعف، والإحساس باللاواقع، وغيرها من الإحساسات السلبية الأخرى. وعندما تثار الإستجابة الطارئة يتزايد الخوف والقلق بشكل سريع يقل معه التفكير العقلانى، وتبدأ حلقة مفرغة من التوقعات المفزعة والأعراض المخيفة. وبالتالى نجد أن

الإدراكات المشوهة للخطر من جانب الفرد تلعب دوراً هاماً فى ذلك حيث يميل إلى تضخيم الخطر والتقليل من قدرته على المواجهة. ولذلك يرتكز العلاج على التعرف على التفسير المأسوى للأعراض من جانب الفرد ومواجهتها. ولذا يرى بيك أن إضطراب الهلع ينتج عن إساءة تفسير الإحساسات الجسمية التى يتم تقييمها على أنها مخيفة، أو خطيرة، أو مهلكة. ويؤدى التفسير المأسوى لها إلى التصعيد المستمر والقوى للقلق، ويعطى إثارة إضافية تؤدى إلى الهلع.

التشخيص الإكلينيكى

يحدد DSM - IV نوبة الهلع على أنها لاتعد إضطراباً مستقلاً. وتتسم تلك النوبة بحدوث الخوف الشديد والتوتر والإنزعاج فى فترة تتوفر خلالها أربعة على الأقل من الأعراض الثلاثة عشر التالية والتى تتطور فجأة وتصل إلى ذروتها خلال عشر دقائق من بداية ظهور أول عرض. وهذه الأعراض هى: الخفقان وسرعة معدل دقات القلب، وتصبب العرق، والرجفة، والشعور بانخفاض معدل التنفس أو كرشة النفس، والشعور بالإختناق، والشعور بألم فى الصدر، والغثيان، والشعور بالدوخة والدوار، والشعور باللاواقع أى التجريد من الواقعية أو إختلال الأنية أى الشعور بالإنفصال عن الذات، والخوف من فقد السيطرة على النفس أو الجنون، والخوف من الموت، والشعور بتخدر الجسم، والشعور بالقشعريرة أو التهيج.

أما إضطراب الهلع غير المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة فيتسم بما يلى:

١ ـ تكرار حدوث نوبات هلع غير متوقعة.

٢ ـ تتبع إحدى النوبات على الأقل بانشغال الفرد لمدة شهر كحد أدنى بواحد على الأقل مما يلى:

أ ـ الإنشغال الدائم بحدوث نوبات أخرى.

ب ـ الخوف من النتائج التى تترتب على حدوث النوبة كفقد السيطرة على الذات، أو حدوث نوبة قلبية، أو الإصابة بالجنون.

جـ ـ تغير واضح ودال فى السلوك يرتبط بتلك النوبات.

كما تتسم من ناحية أخرى بعدم وجود فوبيا الأماكن الواسعة، وأن مثل هذه النوبات لا تعود إلى أى آثار فسيولوچية للمواد التى قد يتعاطاها الفرد كإساءة إستخدام عقار معين، أو تعاطى أدوية معينة، كما لا ترجع إلى حالة طبية (صحية) عامة كالإفراط فى إفراز الغدة الدرقية. كذلك فهى لا ترجع فى الوقت ذاته إلى أى إضطراب عقلى آخر، أو إلى الفوبيا الإجتماعية، أو المخاوف النوعية، أو إضطراب الوسواس القهرى، أو إنعصاب ما بعد الصدمة، أو إضطراب قلق الإنفصال.

ومن جانب آخر نلاحظ أن إضطراب الهلع المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة يتسم هو الآخر بنفس ما يتسم به إضطراب الهلع غير المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة باستثناء وجود خوف من الأماكن الواسعة يشعر الفرد به ويصاحب حدوث نوبة الهلع..

العلاج المعرفى السلوكى للهلع

يمثل تطبيق العلاج المعرفى السلوكى على إضطراب الهلع مجالاً جديداً من تلك المجالات التطبيقية لهذا الأسلوب العلاجى على الإضطرابات المختلفة حيث كان يقتصر من قبل على علاج الهلع إذا ما صوحب بفوبيا الأماكن الواسعة على إعتبار أنه يوجه فى الأصل إلى الفوبيا فى حين يستخدم العلاج بالعقاقير لعلاج نوبات الهلع فى حد ذاتها، ومن ثم إعتبر غير ضرورى إذا لم يصاحب الهلع بالفوبيا. أما الآن فقد أصبح يستخدم مع نوبات الهلع سواء صاحبتها فوبيا الأماكن الواسعة أو لم تصاحبها. ولم يلق العلاج المعرفى السلوكى نجاحاً مثلما وجد بالنسبة للهلع. واعتبر العلاج بالعقاقير ضرورياً فى المراحل الأولى من الإضطراب فقط لأنه إذا إستخدم فى المراحل النهائية من العلاج يمكن أن يؤدى إلى نتيجة عكسية. وقد

يرجع ذلك إلى أن العلاج بالعقاقير يهدف إلى السيطرة على الهلع فى حين يهدف العلاج المعرفى السلوكى إلى إثارة كل من الهلع والقلق فى ظل ظروف مضبوطة ومنظمة مع تدريب العميل على المواجهة وهو ما يؤدى إلى السيطرة على نوبات الهلع.

ويجدر بنا أن ننوه هنا إلى أن أول دراسة أجريت فى هذا المجال كانت عام ١٩٨٤ وأجراها بارلو Barlow وزملاؤه، وقد تزايدت الدراسات بدرجة كبيرة منذ هذا التاريخ وحتى الآن، وكشف العديد منها عن فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج إضطراب الهلع سواء كان مصحوباً بفوبيا الأماكن الواسعة أم لا. وقد أثبتت تلك الدراسات أنه عندما يتم توجيه هذا العلاج مباشرة إلى نوبات الهلع نفسها فإنه يقللها بشكل دال، وأن الغالبية العظمى من المرضى يتخلصون من تلك النوبات نهائياً مع إنتهاء البرنامج العلاجى. كما أنه من جانب آخر يعد علاجاً فعالاً أيضاً للقلق المتوقع، وفوبيا الأماكن الواسعة، والإكتئاب الثانوى الذين يرتبطون بتلك النوبات.

ومن ناحية أخرى يتساوى العلاج المعرفى السلوكى فى فاعليته لعلاج إضطراب الهلع مع عقار ألبرازولام alprazolam إلا أنه كما يرى كلوم (١٩٨٩) Clum يعتبر أفضل من العلاج الطبى ومن أى شكل من أشكال العلاج النفسى الأخرى فى هذا الإطار. وعلاوة على ذلك فإن آثاره تدوم لوقت طويل بعد إنتهاء العلاج حيث قد لاتظهر على العميل أى أعراض للهلع حتى عامين بعد العلاج. فى حين لاتدوم تلك الآثار طويلاً مع أى شكل آخر من أشكال العلاج إذ يعمل العلاج الطبى على سبيل المثال على التصدى لنوبات الهلع نفسها إضافة إلى ماقد يصاحبها من قلق متوقع.

ويرجع نجاح العلاج المعرفى السلوكى مع إضطراب الهلع قياساً بغيره من أنواع العلاج النفسى الأخرى إلى أنه يتغير وفقاً لتركيزه على الجانب المعرفى أو الوجدانى أو السلوكى فيتعامل بالتالى مع إضطراب الهلع بشكل شامل حيث يتناول ما يلى

١ ـ نوبات الهلع نفسها بأعراضها المعرفية والوجدانية والجسمية.

٢ ـ القلق المتوقع والذى يعرف بالخوف من الخوف.

٣ ـ فوبيا الأماكن الواسعة والتى غالباً ما تصاحبه بدرجات متفاوتة.

٤ ـ مفهوم اليأس الذى يتطور مع تطور الهلع والذى قد يؤدى فى أغلب الأحيان إلى إكتئاب ثانوى.

ويضم العلاج ستة مكونات أو فنيات هى التعليم النفسى Psychoeducation وإعادة البناء المعرفى، والتحكم فى معدل التنفس، والتدريب على الإسترخاء. وتعرف هذه المكونات الأربعة بأنها تكنيكات للمواجهة، أما المكونان الأخريان واللذان يتمثلان فى التمرينات التخيلية أو التصورية، والتعريض سواء الإستبطانى أو الموقفى فيعرفان بأنهما فنيتان علاجيتان وجدانيتان تعملان على إثارة القلق والهلع. ويتم تقديم هذه المكونات فى ترتيب متسلسل بحيث يتم التركيز خلال الجلسات الأولى من العلاج على تكنيكات المواجهة والتى يقوم العميل بتطبيقها خلال الجلسات التالية وذلك عندما يواجه المواقف والمثيرات التى تثير الهلع والتى يتم خلالها أيضاً الرجوع إلى تلك المهارات التى تعلمها فى الجلسات الأولى وما يكون قد إكتسبه من معلومات خلالها.

ويتم من خلال التعليم النفسى تقديم معلومات كافية عن الهلع إضافة إلى ما يرتبط به من قلق وفوبيا الأماكن الواسعة وأسباب الإضطراب وطبيعته وكيفية المواجهة. ويمكن فى هذا الصدد تقديم مواد مكتوبة كالكتيبات مثلاً تتضمن مثل هذا الموضوع. أما إعادة البناء المعرفى فتتم من خلال التعرف على تلك المعارف المختلة وظيفياً بما تضمه من أفكار وإعتقادات وإفتراضات، والعمل على تعديلها وإعادة تشكيلها وذلك من خلال إستعراض التطور الذى تتبعه نوبة الهلع والذى يكون على الشكل التالى:

١ ـ كنت أحضر إجتماعاً فى مقر العمل (موقف أو مثير).

٢ ـ لاحظت أن قلبى بدأ يدق بسرعة (عرض جسمى).

٣ ـ أدركت أن مثل هذا الخفقان يعتبر إشارة مبكرة لنوبة هلع، وأننى سوف أفقد السيطرة على نفسى وأبدأ فى الصراخ، وسوف يعتقد الجميع هنا أننى قد أصبت بالجنون (فكرة مأسوية).

٤ ـ أصبحت أكثر قلقاً حول فقد السيطرة على نفسى وبدأ العرق يتصبب بغزارة (تصعيد).

٥ ـ إعتذرت وخرجت من الإجتماع (هروب وتجنب).

٦ ـ شعرت بالإكتئاب والإنباط لأننى لم أستطع حتى أن أستمر فى الإجتماع وبالتالى لم أستطع أن أفعل شيئاً تجاه ما شعرت به (اليأس).

هذا التطور هو ما يجب أن نقوم بتوضيحه للمريض والذى يعد بمثابة أفكار أو مونولوج داخلى يحدث أثناء النوبة. وإلى جانب ذلك يجب التركيز أثناء العلاج على تحقيق الراحة للمريض وتقبله للوضع القائم حتى نيسر عملية العلاج. هذا ويجب أن يقوم المريض بمراقبة الذات أثناء النوبة، وتتم كتابة تلك الأفكار أو تسجيلها حتى يتعود عليها وعلى ذلك التطور ويدرك الدور الذى تلعبه المعارف فى ذلك، ومن ثم يقوم بإعادة تقييم لتلك المعارف ومواجهتها، وبالتالى تصحيحها وإستبدالها باستجابات عقلانية. وتتمثل الخطوة الأخيرة لإعادة البناء المعرفى فى جعل الموقف غير مأسوى بالنسبة للمريض **decatastrophize the situation** وخاصة عند التعامل مع فوبيا الأماكن الواسعة وتعريفه أن مثل هذا الموقف يمكن أن يتعرض له كثيرون غيره ولكنهم لايفعلون مثله مما يقلل من حاجته لتجنب تلك المواقف المرتبطة بالهلع. ويمكن تلخيص الكيفية التى يتم بها إعادة البناء المعرفى كالتالى:

١ ـ توضيح الكيفية التى يمكن بها لمعارف معينة أن تثير الهلع.

٢ ـ فحص الأفكار والإعتقادات والإفتراضات المشوهة للمريض.

٣ ـ مساعدة المريض على إدراك أن مثل هذه الأفكار غير واقعية وليست مأسوية.

٤ ـ جعل الموقف غير مأسوى بالنسبة للمريض وخاصة عند التعامل مع الفوبيا المصاحبة.

وإلى جانب ذلك فإن التحكم فى معدل التنفس يعمل على إستعادة المريض لسيطرته على نفسه وعلى القلق. ويتم ذلك من خلال تعليمه وتدريبه على طريقة معينة للتنفس وزيادة الإسترخاء والإمتناع عن التعبير المفرط عن الشكوى حيث يسبب التعبير المفرط عن الشكوى أعراضاً جسمية متنوعة تجعله غير قادر على أن يقوم بالسيطرة على جسمه. وتتمثل الطريقة الأكثر شيوعاً فى هذا الإطار فى تدريبه على أن يتنفس بمعدل إثنتى عشرة مرة فى الدقيقة وأن يصاحب ذلك بحركة البطن وليس الصدر على أن يتم التدريب على ذلك فى العديد من المواقف. وإضافة إلى ذلك فإن التدريب على الإسترخاء يعمل أيضاً على مساعدته فى السيطرة على جسمه، ويقلل من التوتر المصاحب. أما التخيل فيتم من خلال مناقشة تلك المواقف والخبرات المثيرة للقلق وما يصاحبها من صور وإرتباطات وإنفعالات، فنطلب منه مثلاً أن يغمض عينيه ويتخيل تلك المواقف والخبرات بما تتضمنه من تفاصيل، فيصف المريض الصورة التى يتخيلها ويوجه المعالج إليه عدداً من الأسئلة التى تتعلق بما يرتبط بتلك الصورة من أفكار ومشاعر، ثم يقوم بتدريبه على كيفية المواجهة خطوة خطوة. أما المكون الأخير والذى يتمثل فى التعريض فيواجه العملاء من خلاله مثيرات القلق والفزع والتى قد تكون إما مواقف خارجية أو إحساسات داخلية، ويقومون بتطوير ميكانيزمات مواجهة ملائمة لها. وجدير بالذكر أن المريض يقوم فى هذا الإطار بعمل سلم هرمى للمواقف المخيفة يتم من خلال العلاج تعريضه لكل موقف منها. ويسير التعريض الإستبطانى introspective exposure على نفس المنوال ولكنه يقوم على سلم هرمى للإحساسات الداخلية المخيفة كالدوخة والخفقان على سبيل المثال. وقد يتم التعريض لمثل هذه الإحساسات باستخدام أساليب تتسم بفرط الحساسية idiosyncratic كالإفراط فى التنفس، والتشوش الذهنى بقصد التخلص

من الفكرة، والإجهاد الجسمى. ويكون التدرج فى مواجهة تلك المثيرات المخيفة من أقلها إلى أكثرها إثارة للخوف. كما يتم أيضاً تعريض المرضى من خلال الواجبات المنزلية لمثل هذه المواقف المثيرة لثلاث مرات أسبوعياً على الأقل.

هذا ويمكن أن نعرض تلخيصاً للتكنيكات والفنيات المتعددة التى يمكن إستخدامها فى هذا الإطار على النحو التالى:

١ ـ إستراتيچيات معرفية، وتضم:

أ ـ التعليم النفسى.

ب ـ إعادة البناء المعرفى.

٢ ـ إستراتيچيات إنفعالية، تعتمد على إثارة القلق والهلع، وتضم:

أ ـ التدريب التخيلى.

ب ـ التعريض.

٣ ـ إستراتيچيات سلوكية، وتضم:

أ ـ التدريب على التحكم فى معدل التنفس.

ب ـ التدريب على الإسترخاء.

وهناك تفسيران شاملان لفاعلية العلاج المعرفى السلوكى مع مرضى إضطراب الهلع وغيره من إضطرابات القلق الأخرى يتمثلان فى ميكانيزمين أو نموذجين يعمل هذا الأسلوب العلاجى على علاج الهلع من خلالهما هما نموذج التشغيل الإنفعالى **emotional Processing model** ونموذج التعقل**toughening up model** وقد يمكن العمل من خلال أحدهما فقط، كما يمكن الجمع بينهما فى نموذج مشترك. ويعتمد هذان النموذجان على إثارة القلق والهلع فى ظل ظروف مضبوطة تؤدى فى النهاية إلى التخفيف من أعراض الهلع أو التخلص منها. ويمكن لأى من هذين النموذجين أن يحقق نتائج مرغوبة وذلك من خلال الفصل بين إتحاد

أعراض نوبة الهلع معاً حيث تضم أعراضاً معرفية وإنفعالية وجسمية تتداخل معاً عند حدوث النوبة، ويعتبر وجود أى منها إثارة لغيرها من الأعراض كى تظهر. ويؤدى هذا الفصل بين تلك الأعراض إلى عدم حدوث الأعراض الأخرى للنوبة إذا ما حدث بعضها، فإذا ما حدثت الإثارة الجسمية كالخفقان أو الدوخة مثلاً فإنها لاتؤدى إلى الأعراض الأخرى للنوبة، وإذا ما حدث الخوف من فقد السيطرة على الجسم والذى يمثل إثارة معرفية فإنه لايؤدى إلى نوبة الهلع بأعراضها الجسمية والإنفعالية. وهذا يعنى أن العلاج المعرفى السلوكى للهلع يعمل من خلال تعريض المريض لمثيرات معينة من شأنها أن تثير نوبة الهلع والقلق. ونظراً لأن مثل هذه الإثارة تتم بطريقة منظمة وفى ظل ظروف مضبوطة فإنها تقلل من إثارتها للقلق مما يعنى أنه لم يعد هناك إتحاد بين تلك المثيرات وبين نوبة الهلع والقلق. ومن هذا المنطلق يؤدى التعريض المتكرر لمثيرات القلق إلى خفض حدة القلق، وهو الأمر الذى يساهم فى إعادة البناء المعرفى بعد تصحيح الأفكار والإعتقادات المختلة وظيفياً. ويعمل التعريض وإعادة البناء المعرفى معاً على جعل المريض قادر على مواجهة القلق فى مواقف الحياة العادية، وعلى إستعادة ثقته بنفسه حيث ينسب التغير الذى يحدث إلى نفسه وإلى قدرته على القيام بالسيطرة على نفسه وعلى الموقف وليس إلى قوى خارجية.

ويرى ساندرسون وويتزلر (١٩٩٥) Sanderson & Wetzler أنه إذا كان تعدد الأساليب العلاجية أو تكاملها معاً فى علاج إضطراب معين يعد كما يرى كثيرون أكثر فاعلية، فإن الآراء الحديثة حول هذه التعددية فى علاج الهلع ترى أنها تعطل أثر العلاج المعرفى السلوكى عليه حيث يؤدى مثلاً إستخدام عقار البرازولام alprazolam والذى يعد من أكثر العقاقير فاعلية فى علاج الهلع وخاصة فى الجلسات الأخيرة إلى التأثير سلباً على الميكانيزم الذى يعمل العلاج المعرفى السلوكى من خلاله وهو إثارة القلق والهلع فى ظل ظروف مضبوطة ومنظمة إذ يعمل هذا العقار على تقليل كم الإثارة حيث يهدف إلى السيطرة على القلق والهلع. ولايقتصر هذا الأمر على العلاج الطبى فقط بل ينطبق على أى أسلوب

علاجى آخر يهدف إلى تجنب القلق أو تجنب المثيرات والمواقف التى تؤدى إليه كأن يتجنب المريض الموقف، أو يعتمد على إشارات أو دلائل أخرى تحقق له الأمان كأن يترك الإجتماع مثلاً ويخرج مع صديق له إلى مكان آخر، أو يقوم بتناول واحدة من حبوب الدواء، لذا يكون من الطبيعى أن يؤدى ذلك إلى التقليل من فاعلية العلاج المعرفى السلوكى. وعلى هذا فإن تلك التعددية لاتفضل خلال المراحل الأخيرة من العلاج بل يفضل اللجوء إليها فى المراحل الأولى وخاصة خلال مراحل التعليم النفسى والتدريب على الإسترخاء.

دراسات تطبيقية

وجد سوكول وآخرون (١٩٨٩) Sokol et. al فى دراستهم التى أجروها على عينة (ن = ١٧) من المرضى الذين يعانون من الهلع وإستمر البرنامج العلاجى لمدة ثمانية عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، أن أعراض الهلع قد إختفت تماماً لدى جميع أفراد العينة مع نهاية البرنامج. واستمر هذا التحسن بعد البرنامج كما كشفت عنه نتائج متابعتهم بعد إثنى عشر شهراً. وقام بارلو وآخرون (١٩٨٩) Barlow et. al بالمقارنة بين ثلاثة أساليب علاجية لعلاج إضطراب الهلع المصحوب وغير المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة. وقد تمثلت تلك الأساليب فى التدريب على الإسترخاء، والتعريض إضافة إلى إعادة البناء المعرفى، ونموذج متشرك يضم التدريب على الإسترخاء والتعريض وإعادة البناء المعرفى وذلك على ثلاث مجموعات إضافة إلى مجموعة ضابطة لم تتلق أى علاج. وتكونت العينة من ستين مريضاً يعانون من الهلع مصحوباً بفوبيا الأماكن الواسعة أو غير مصحوب بها، وإستمر البرنامج لمدة خمسة عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وأوضحت النتائج حدوث تحسن كبير لدى المرضى بالمجموعات الثلاث مع إختفاء شبه تام لمعظم أعراض الهلع قياساً بالمجموعة الضابطة وذلك على نحو يوضح حدوث التحسن لدى ٦٠% من أعضاء المجموعة التى تلقت التدريب على الإسترخاء، ٨٥ % للمجموعة التى تلقت التعريض وإعادة البناء المعرفى، ٨٧ % للمجموعة التى تلقت النموذج المشترك. وأوضحت نتائج المتابعة بعد ستة شهور

أن الأساليب الثلاثة لها فاعليتها فى خفض حدة نوبات الهلع مع تفوق لكل من النموذج المشترك (العلاج المعرفى السلوكى) وأسلوب التعريض وإعادة البناء المعرفى (من أساليب العلاج المعرفى السلوكى) على أسلوب التدريب على الإسترخاء والمجموعة الضابطة. كذلك فقد وجد ميتشلسون وآخرون (١٩٨٩) Michelson et. al فى دراستهم عن إضطراب الهلع مع فوبيا الأماكن الواسعة على عينة (ن = ٧٤) من مرضى الهلع، وإستمر البرنامج العلاجى ستة عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وضمت العينة ثلاث مجموعات تم إستخدام العلاج المعرفى السلوكى مع المجموعة الأولى مستخدمين تكنيكات إعادة البناء المعرفى، والمناقشة، والتدريب على إعادة العزو، أما المجموعة الثانية فاستخدموا معها أسلوب التعريض التدريجى، فى حين إستخدم أسلوب التعريض التدريجى والتدريب على الإسترخاء مع المجموعة الثالثة. وأوضحت النتائج أن العلاج المعرفى السلوكى يعد هو الأفضل فى تناول إضطراب الهلع حيث بلغت نسبة التحسن فى المجموعة الأولى ٨٦,٤% فى مقابل ٧٣% للمجموعة التى تدربت على العلاج السلوكى القائم على التعريض التدريجى للمثيرات، ٦٥% للمجموعة التى تدربت على التعريض التدريجى والتدريب على الإسترخاء. وأوضحت نتائج المتابعة بعد ثلاثة شهور أن نسبة التحسن بالنسبة للمجموعة الأولى (العلاج المعرفى السلوكى) بلغت ٨٧,٥% فى مقابل ٦٥ % للمجموعة الثانية (التعريض التدريجى)، ٤٧ % للمجموعة الثالثة (التعريض التدريجى والتدريب على الإسترخاء)، وهو ما يؤكد فاعلية وأفضلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الهلع. وبعد متابعة لمدة عام آخر وجد بارلو وآخرون (١٩٩٠) Barlow et. al فى متابعتهم لأفراد العينة التى تمت الإشارة إليها من قبل أن ٨٥% من هؤلاء المرضى قد تخلصوا نهائياً من الهلع.

وفى مقارنتهم بين فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير لعينة ضمت ٥٧ مريضاً ممن يعانون الهلع مع مجموعة ضابطة لم تتلق أى علاج، وتضمن برنامج العلاج المعرفى السلوكى خمس عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً

إستخدمت خلالها فنيات التعريض لمثيرات القلق سواء التعريض التخيلى أو الواقعى، والتدريب على الإسترخاء، ومراقبة الذات وجد كلوسكو وآخرون (١٩٩٠) .Klosko et. al أنه قد حدث إختفاء تام لأعراض الهلع لدى ٨٧٪ ممن تلقوا العلاج المعرفى السلوكى مقابل ٥٠ ٪ ممن تلقوا العلاج بعقار ألبرازولام alprazolam، ٣٦٪ ممن تلقوا العلاج بإثارة جوانب وهمية للموقف Placebo وهو ما يؤكد تفوق العلاج المعرفى السلوكى على العلاج بالعقاقير. ويؤكد كل من كلارك وسالكوفيسكز (١٩٩٠) Clark & Salkovskis هذه النتائج حيث بلغت نسبة التحسن من نوبات الهلع ٩٠٪ للمجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى مقابل ٥٥٪ للمجموعة التى تلقت العلاج بعقار إميبرامين imipramine، ٥٢٪ للمجموعة التى تلقت التدريب على الإسترخاء. كما كانت الأساليب الثلاثة المستخدمة أفضل فى نتائجها على المجموعات الثلاث قياساً بالمجموعة الضابطة. وكشفت نتائج الدراسة التى أجراها ميتشلسون وآخرون (١٩٩٠) Michelson et. al على عينة (ن = ١٠) من مرضى الهلع إستمر تطبيق البرنامج العلاجى عليهم لمدة إثنى عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً عن شفاء تام لأفراد العينة جميعاً من نوبات الهلع.

ومن ناحية أخرى وجد كلارك وآخرون (١٩٩١) Clark et. al أن ٩٠٪ من مرضى إضطراب الهلع الذين شملتهم عينة الدراسة (ن = ١٨) قد تخلصوا نهائياً من أعراض المرض بعد برنامج علاجى إستمر ثلاثة شهور وتم فيه إستخدام إستراتيجيات إعادة البناء المعرفى والتعريض، وهو ما أكدته أيضاً نتائج دراسة مارجراف وسكنيدر (١٩٩١) Margraph & Schneider حيث كشفت النتائج أن التغير فى المعارف المتعلقة بالأعراض الجسمية المرتبطة بالهلع يعد نتيجة للعلاج المعرفى السلوكى الذى تم خلاله إستخدام إستراتيجيات إعادة البناء المعرفى والتعريض إذ حدث تغير إيجابى دال فى هذه المعارف لدى أعضاء المجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى قياساً بأقرانهم الذين تلقوا العلاج بالعقاقير.

ونظراً لأن الباحثين فى الدراسات السابقة كانوا عند إختيارهم لعيناتهم المرضية

يستبعدون منها المرضى الذين يعانون من الإكتئاب فقد هدف لابيرج وآخرون (١٩٩٣) Laberge et. al إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج المفحوصين الذين يعانون من نوبات الهلع إضافة إلى تشخيصهم إكلينيكياً على أنهم مكتئبين، وهل يمكن من خلال هذا البرنامج أن نحصل على نفس النتائج التى تم التوصل إليها مع المرضى الذين يعانون من نوبات الهلع فقط. وضمت عينة الدراسة خمسة عشر مريضاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين تضم الأولى ثمانية مرضى يعانون من الهلع إضافة إلى الإضطراب الإكتئابى الشديد كمرض ثانوى وتتراوح أعمارهم بين ٢٢ ـ ٥٠ سنة بمتوسط ٣٧,١ سنة ومتوسط مدة معاناتهم من الهلع ٦,٧ سنة، أما المجموعة الثانية فضمت سبعة مرضى يعانون من الهلع فقط وتتراوح أعمارهم بين ٢٥ ـ ٥٨ سنة بمتوسط ٣٥ سنة، ومتوسط مدة معاناة من الهلع يساوى ست سنوات. وإستمر البرنامج العلاجى لمدة إثنى عشر أسبوعاً وتضمن خمس عشرة جلسة، وتم خلاله إستخدام إستراتيجيات التعليم النفسى، والمناقشة، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والتخيل، والتعريض. وأوضحت النتائج فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى التخفيف من حدة نوبات الهلع لدى المرضى فى المجموعتين دون وجود فروق دالة بين المجموعتين مما يؤكد أن العلاج المعرفى السلوكى له فاعليته فى علاج إضطراب الهلع سواء حدث بمفرده أو صاحبه إضطراب إكتئابى شديد كمرض ثانوى، كما أنه قد أدى أيضاً إلى التخفيف من حدة أعراض القلق المصاحب.

وهدفت دراسة سبيجل وآخرين (١٩٩٤) Spiegel et. al إلى التعرف على أثر العلاج المعرفى السلوكى مقارنة بالعلاج باستخدام عقار ألبرازولام alprazolam على عينة (ن = ٢٠) من مرضى الهلع، وإستمر البرنامج العلاجى لمدة إثنى عشر أسبوعاً. ولم تتوصل هذه الدراسة إلى وجود فروق دالة بين الأسلوبين فى علاج الهلع. إلا أن نتائج المتابعة بعد ستة شهور قد أوضحت حدوث إنتكاسة لنصف المرضى الذين كانوا يتلقون العلاج بالعقاقير فى حين لم تحدث إنتكاسة للمرضى الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى. كما هدفت دراسة كوت وآخرين

Cote et. al (١٩٩٤) إلى مقارنة مدى فاعلية برنامجين للعلاج المعرفى السلوكى للهلع يتوقفان على معدل التواصل بين المعالج والمريض حيث يقوم البرنامج الأول على إنخفاض معدل التواصل بينهما فى حين يقوم الثانى على التوجيه من جانب المعالج طوال البرنامج وبالتالى التواجد الكامل إلى جانب المريض. وضمت العينة ٢١ مريضاً يعانون من الهلع، وإستمر البرنامج سبعة عشر أسبوعاً، وتم إستخدام مقاييس مدى تكرار نوبات الهلع، ومدى فعالية الذات المدركة فى السيطرة على نوبات الهلع، ومقياس فوبيا الأماكن الواسعة. وتم تطبيق هذه المقاييس قبل البرنامج وبعده، كما تمت متابعة المرضى بعد ستة شهور من إنتهاء البرنامج. وكشفت النتائج عن حدوث تحسن فى الأداء على كل المقاييس المستخدمة من جانب أفراد المجموعتين حيث كان أكثر من ٧٣% من المرضى فى كل مجموعة قد إختفت لديهم أعراض الهلع مع إستمرار التحسن خلال فترة المتابعة والتى أوضحت أن إنخفاض معدل التواصل بين المعالج والمريض له فاعلية أكثر على المدى الطويل حيث يكسب المريض ثقة أكثر بالنفس.

تعليق

من الملاحظ أن العلاج المعرفى السلوكى قد أصبح الآن يوجه صوب نوبات الهلع مباشرة بعد أن كان مقتصراً على علاج الفوبيا المصاحبة للهلع، وأن نسبة كبيرة من أفراد العينات التى أجريت عليها هذه الدراسات قد إختفت لديهم أعراض الهلع مع نهاية البرنامج. كما أن هذا الأسلوب العلاجى يعد علاجاً فعالاً للقلق المتوقع مع الهلع، وللإكتئاب المصاحب له، ولفوبيا الأماكن الواسعة، وأنه يعد هو الأفضل فى علاج الهلع قياساً بالعلاج بالعقاقير وكل أنواع العلاج النفسى الأخرى، كما أن آثاره تمتد لفترة طويلة بعد نهاية البرنامج. ومن ناحية أخرى إتضح أن إستخدام العلاج المعرفى السلوكى مقترناً بالعلاج بالعقاقير قد أثبت فاعلية كبيرة فى علاج الهلع خاصة إذا ما تم إستخدام العقاقير فى بداية العلاج فقط.

وقد تمثلت أكثر الفنيات المستخدمة شيوعاً فى التعليم النفسى، ومراقبة الذات،

والمناقشة، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والتخيل، والتعريض. هذا ويمكن إستخدام فقد الحساسية المنظم، ونموذج التشغيل المعرفى أيضاً فى هذا الصدد إلى جانب الواجبات المنزلية. .

ثانياً: إضطراب القلق العام Generalized anxiety disorder

طبيعة الإضطراب

يعد القلق العام (المعمم) قلقاً غير محدد الموضوع، وهو شعور عام غامض غير سار بالتوتر والتأهب تصحبه بعض الأعراض الجسمية والنفسية دون أن ترتبط بشكل خاص ومحدد بأى حدث أو ظرف، كما قد تظهر دون تحديد المثير بدرجة كافية، أو قد تحدث الإستجابة لأى مثير منخفض. ويتخلل القلق الجوانب المختلفة لحياة الفرد، ويوزع الشعور به على الوقت، وبذلك فهو يعتبر قلقاً شاملاً. وقد يكون هذا القلق حاداً أو مزمناً. وقد يرتبط فى حالة الإزمان بعضو من أعضاء الجسم، ويسمى بإسمه فى تلك الحالة. ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أنه إذا ما إستمر الصراع لفترة طويلة وأصبح القلق غير محتمل فعادة ما تتحول أعراض القلق إلى أحد ثلاثة مظاهر هى المخاوف أو عصاب الأعضاء أو قلق الهستيريا.

ويتضمن القلق لدى المريض عملية تفاعل بين أنساق الإهتمامات والمفاهيم وكذا الأنساق التخيلية والفسيولوچية والإنفعالية والسلوكية تتطور مع مرور الوقت كما يتضح من الإستجابة المستمرة لبيئة تتغير بشكل ثابت. وهناك سمات عديدة تميز بين القلق العام وغيره من أنواع إضطرابات القلق الأخرى يمكن أن نعرض لها على النحو التالى:

أ - مثيرات أو إثارات بيئية للقلق أقل وضوحاً، أو التجنب السلوكى لتلك المثيرات.

ب - إنحياز مسبق لأحداث تهديد متعددة مع تجنب معرفى سريع للكشف عنها.

جـ ـ إنتشار القلق اللفظى الذى قد يعمل على تفادى جوانب من خبرة القلق عن طريق قمع الخيال المرتبط بالخوف والإثارة الجسمية والتشغيل الإنفعالى.

د ـ سمات جسمية غير عادية تتضمن إعاقة نشاط الجهاز العصبى السمباثاوى، وتقييداً لمدى تنوع هذا النشاط، وما ينتج عن ذلك من عدم المرونة الفسيولوچية فى وقت الراحة وعند المواجهة.

ومن الملاحظ أن مرضى القلق العام يرهقون أنفسهم بأنماط تعودية مزمنة من الإستجابة التفاعلية متعددة الأنساق والتى تعد كل عملية فيها بمثابة رد فعل دفاعى للتهديد، وينتج عنها تتابع لإستجابات القلق التى تكتسب قوة كبيرة من خلال التكرار لتصبح بذلك عادة.

محكات التشخيص

يحدد DSM - IV إضطراب القلق العام بأنه قلق مفرط أو توقع وترقب يحدث بشكل مستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر وذلك فى عدد من الأحداث أو الأنشطة كالعمل أو الأداء المدرسى. ويصعب على الفرد أن يسيطر على قلقة أو إنشغاله الذى يرتبط بثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض الستة التالية، أما بالنسبة للأطفال فيكفى توفر عرض واحد فقط. وهذه الأعراض هى:

١ ـ الشعور بالإستياء والضجر أو شعور الفرد بأنه محبوس أو مقيد.

٢ ـ سرعة الشعور بالتعب.

٣ ـ صعوبة فى التركيز أو الوصول للنقطة المستهدفة.

٤ ـ التهيج المفرط.

٥ ـ التوتر العضلى.

٦ ـ صعوبات النوم كأن يجد الفرد صعوبة فى الإستغراق فى النوم، أو البقاء نائماً، أو حدوث النوم غير المشبع.

وجدير بالذكر أن القلق أو الإنزعاج هنا لايرتبط بحدوث نوبة هلع أو بالخواف الإجتماعى أو باضطراب الوسواس القهرى أو بقلق الإنفصال أو بزيادة الوزن كما فى حالة فقد الشهية العصبى أو بوجود شكاوى جسمية متعددة أو باحتمال إصابة الفرد بمرض خطير كما فى حالة توهم المرض أو بإنعصاب ما بعد الصدمة. كما أنه لايرجع إلى آثار فسيولوچية مباشرة للمواد كإساءة إستخدام مادة معينة أو عقار معين، أو إلى حالة طبية (صحية) عامة، أو إلى أى إضطراب ذهانى آخر. ويؤدى القلق أو الأعراض الجسمية فى تلك الحالة إلى الضيق النفسى أو حدوث خلل فى أداء الفرد الوظيفى فى المجال الإجتماعى أو المهنى أو أى من المجالات الأخرى الهامة.

العلاج المعرفى السلوكى لإضطراب القلق العام

على الرغم من النجاح الذى حققه العلاج المعرفى السلوكى فى علاج القلق العام فإن بعض الباحثين يرى أن هذا النجاح لم يصل إلى نفس معدل النجاح الذى حققه هذا الأسلوب العلاجى مع الهلع أو المخاوف المرضية، ومع ذلك فهو لايزال من أفضل الأساليب العلاجية الفعالة فى علاج القلق العام حيث أكدت الدراسات التى إستخدمته بما يتضمنه من فنيات كان من أكثرها شيوعاً التدريب على الإسترخاء، وإدارة القلق، والفنيات المعرفية أن مثل هذه الفنيات تحقق تحسناً كبيراً قد يستمر لمدة عامين بعد إنتهاء العلاج وذلك على الرغم من أن الإضطراب قد يكون مزمناً.

ويركز العلاج المعرفى السلوكى أثناء سير العملية العلاجية على مايلى:

١ ـ الأهمية الكبيرة والمحورية لملاحظة الذات فى الكشف عن الحدوث المبكر لعملية القلق فى تتابعها التفاعلى.

٢ ـ إعطاء إهتمام علاجى خاص لسلاسل الأفكار المسببة للقلق على أنها تعد بمثابة إحدى الدلائل الأساسية المبكرة لمواجهة إنتشار تلك السلاسل.

٣ ـ الحاجة إلى تدريبات إسترخاء دقيقة.

٤ ـ أهمية الأساليب المتعددة للإسترخاء والتى يتم من خلالها تناول مستويات مختلفة من نسق الإستجابة، والعمل على زيادة المرونة التى تتضمن تعليم الإستجابة الحرة العامة للأفكار الخادعة والصور العكسية عن الماضى أو المستقبل.

٥ ـ التدريب المتكرر أثناء الجلسات على كل ذلك لتسهيل عملية الكشف المبكر عن دلائل القلق وتقوية إستجابات المواجهة.

وإلى جانب ذلك يتم إستخدام فنية التعريض سواء التخيلى imaginal أو الواقعى in vivo وذلك للإشارات الداخلية أو الخارجية المرتبطة بالقلق بغرض تفادى إثارة القلق وتجنب القلق المرتبط بأعراض جسمية. كما يتم أيضا إستخدام فنيات تمارين الإسترخاء. والضبط الذاتى، وفقد الحساسية المنظم والذى يتناول صوراً ترتبط بالقلق، والأفكار المسببة لذلك القلق، والتدريب على مهارات المواجهة كاستجابة للقلق.

هذا ويقوم المريض بكتابة يومياته التى يحدد من خلالها مستوى حدة القلق وذلك لثلاث مرات يومياً ولمدة أسبوعين قبل العلاج على أن يستمر ذلك خلال فترة العلاج ولمدة أسبوعين بعد إنتهاء العلاج الذى يتألف عادة من إثنتى عشرة جلسة علاجية بواقع جلستين أسبوعياً مدة كل جلسة من الجلسات الأولى ساعة ونصف (أربع جلسات) تصبح ساعة واحدة فقط فيما يلى من جلسات. ويمكن إضافة جلستين للبرنامج إذا إقتضى الأمر ليصبح عدد الجلسات التى يتألف منها البرنامج أربع عشرة جلسة. ويكون الهدف من نصف الساعة الإضافى خلال الجلسات الأولى إستغلالها للعلاج غير الموجه nondirective أما إذا لم يتم ذلك فتكون مدة الجلسة ساعة واحدة فقط وليست ساعة ونصف.

وجدير بالذكر أن فنية التعليم النفسى تستخدم لإعطاء المرضى المعلومات الكافية عن طبيعة الإضطراب وأسبابه وأعراضه وكيفية المواجهة، فى حين تستخدم فنية الإسترخاء لتوفير فهم ودراية متعمقة عن الذات وللعمل على إستعادة الثقة بالنفس

وزيادتها، أما اليوميات التى يقوم المريض بتدوينها فيتم من خلالها التعرف على الأفكار والمشاعر والصور الموجودة لدى المريض والتى تتعلق بالقلق حتى يتم العمل على تصحيحها. كذلك يمكن إستخدام فنيات مراقبة الذات، وتركيز الإهتمام على الخبرة الحالية، والواجبات المنزلية.

ومن أنجح الفنيات التى يمكن إستخدامها فى هذا المجال التدريب على إدارة القلق anxiety management training حيث لايحتاج المريض هنا أن يحدد بدقة تلك المثيرات المسببة للقلق كما هو الحال فى فقد الحساسية المنظم. وتضم فنية التدريب على إدارة القلق مكونات معرفية وسلوكية معاً، وتعتمد على إعتراض وفتح الحلقة المفرغة التى يسير فيها مريض القلق والتى ترتبط بالأعراض الجسمية، والتجنب، وفقد الثقة. ويمكن إدارة القلق عن طريق إقتحام تلك الدائرة والذى يمكن أن يحدث عن طريق ما يلى:

١ ـ التدريب على الإسترخاء؛ وتستخدم كفنية للمواجهة متبوعة بواجبات منزلية تساعد الفرد على تحقيق ضبط النفس وتساهم فى منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى.

٢ ـ التعرض المتدرج لمثيرات القلق بما فيها المثيرات المعرفية والفسيولوچية.

٣ ـ تحديد الأفكار المثيرة للقلق وتصحيحها والذى يمكن أن يتم من خلال المذكرات اليومية أو باستخدام فنية مراقبة الذات.

ويرجع تفضيل إستخدام فنية التدريب على إدارة القلق هنا إلى عدد من الأسباب يأتى فى مقدمتها أنها تسهم فى أن تهيئ للمريض المرونة وتنوع التطبيقات التى يمكن أن تساعده على أن يتفاعل بشكل أفضل مع ما يترتب على هذا الإضطراب من نتائج عامة مثل إضعاف معنوياته، وفقد ثقته بنفسه، والقلق الإجتماعى، والإكتئاب، إلى جانب إمكانية مواجهة ظروف الحياة الضاغطة. كذلك فإن فقد الحساسية المنظم أو التحصين التدريجى لايجدى كثيراً هنا لأنه يعتمد على قدرة المريض على تحديد سلم هرمى للمثيرات التى تسهم فى حدوث إستجابة

القلق، وهو الأمر الذى لايتمكن مريض القلق العام من تحديده بدقة. وتسهم كل هذه الأمور معاً فى جعل فنية التدريب على إدارة القلق هى الأفضل والأنجح فى هذا الصدد. وإلى جانب ذلك فإن هذه الفنية تتصف بعدد من السمات التى تجعلها مفضلة فى هذا السياق وتؤدى غالباً إلى حدوث نتائج إيجابية للغاية، ومن هذه السمات ما يلى:

١ ـ أن هذه الفنية تهدف إلى تحقيق إدارة الذات Self - management وذلك من خلال الإعداد التدريجى للمريض على تحمل مزيد من المسئولية حيث يصبح بإمكانه أن يسيطر على القلق.

٢ ـ إستخدام الواجبات المنزلية وذلك لتعزيز وتدعيم ما تم التدريب عليه وتعزيز المهارات التى تم تعلمها بما يساعد على منع حدوث إنتكاسة فيما بعد.

٣ ـ التأكيد المستمر على ضبط النفس وذلك من خلال تعلم المهارة التى يمكن أن يوظفها الفرد بعد ذلك معتمداً فى هذا الأمر على نفسه وهو الأمر الذى يزيد من فاعلية الذات لديه.

٤ ـ التأكيد على أن المعارف قد تمثل جانباً هاماً فى إستجابات القلق، أو قد تمثل جانباً هاماً فى تتابع المثيرات التى تبعث على القلق.

هذا ويتطلب التدريب على إدارة القلق خمس جلسات أساسية مدة كل منها ساعة مع مقابلة للتقييم. وتضم أولى هذه الجلسات الخمس أربع خطوات تتمثل فى تقديم المعلومات وشرح منطق التدريب، وتقديم الإسترخاء وطريقته للعملاء مع تقديم مشهد له والعمل على تطور هذا المشهد والذى يمثل حدثاً حقيقياً يرتبط بمشاعر الإسترخاء والهدوء كالرؤية والصوت ودرجة الحرارة من حوله وغير ذلك، أما الخطوة الثالثة فتتمثل فى تدريبات الإسترخاء، بينما تتمثل الخطوة الأخيرة فى تحديد الواجب المنزلى. وتتضمن الجلسة الثانية أربع خطوات أيضاً تتمثل فى تحديد موقف مثير للقلق، ثم الإسترخاء، فإثارة القلق متبوعاً بالإسترخاء، وأخيراً تحديد الواجب المنزلى. بينما تضم الجلسة الثالثة نفس الخطوات التى وردت

بالجلسة الثانية مضافاً إليها خطوتين جديدتين هما الإسترخاء المثار ذاتياً أى الذى لاينتظر فيه العميل أى تعليمات من المعالج بل يقوم به هو من تلقاء نفسه، والإنتباه للأعراض التى يثيرها القلق خلال الإثارة مع تكرار تلك الخطوات الست ما بين ثلاث إلى خمس مرات فى حين تضيف الجلسة الرابعة إلى الخطوات الست السابقة خطوتين هما تحديد موقف ترتفع فيه حدة القلق والعمل على خفض تلك الحدة، وتحمل المريض لدرجة أكبر من مسئولية إستعادة ضبط النفس عقب إثارة القلق. وتعمل الجلسة الخامسة على تعزيز ضبط النفس والتخلص من الضبط من جانب المعالج وذلك من خلال تكرار ما تم بالجلستين الثالثة والرابعة. ويمكن أن يضاف لذلك ثلاث جلسات أخرى يتم خلالها ما تم خلال الجلسة الخامسة مع تنويع المواقف حتى يكتسب المريض الضبط الكامل للذات.

ويرى سوين (١٩٩٥) Suinn أنه فى حالة التدريب الجماعى على إدارة القلق تأخذ الجلسات الشكل التالى:

- الجلسة الأولى (٧٥ دقيقة): تقديم معلومات عن العلاج وشرح منطقه، وتحديد موقف للإسترخاء، والتدريب على الإسترخاء.
- الجلسة الثانية (٦٠ دقيقة): تكرار ما تم بالجلسة الأولى.
- الجلسة الثالثة (٧٥ دقيقة): تحديد موقف للقلق متوسط الحدة، والإسترخاء على أن يتم من خلال التوجيهات التى تصدر عن المعالج، وإثارة القلق متبوعاً بالإسترخاء.
- الجلسة الرابعة (٦٠ دقيقة): الإسترخاء المثار ذاتياً من جانب العملاء، وإثارة القلق متبوعاً بالإسترخاء مع تركيز الإنتباه على الأعراض التحذيرية المبكرة.
- الجلسة الخامسة (٦٠ دقيقة): تكرار ما تم بالجلسة الرابعة.
- الجلسة السادسة (٧٥ دقيقة): تحديد موقف للقلق مرتفع الحدة، والإسترخاء

المثار ذاتياً من جانب العملاء، وإثارة القلق متبوعاً بخفض العملاء لحدة هذا القلق والإسترخاء المثار ذاتياً الذى يمكنهم من خلاله ضبط النفس.

- الجلسة السابعة (٦٠ دقيقة): تكرار ما تم بالجلسة السادسة.
- الجلسة الثامنة (٦٠ دقيقة): الإسترخاء المثار ذاتياً، وإثارة القلق متبوعاً بالإسترخاء المثار ذاتياً مع تكملة الموقف المثير للقلق وخفض حدته.

وهناك أمثلة عديدة لمقاييس نفسية يمكن إستخدامها فى هذا الصدد، منها:

- جدول مقابلة إضطرابات القلق Anxiety disorders Interview Schedule الذى أعده دى ناردو وبارلو (١٩٨٨). Di Nardo & Barlow
- مقياس هاملتون للقلق. Hamilton Anxiety Rating Scale
- مقياس هاملتون للإكتئاب. Hamilton Rating Scale for Depression
- مقياس التقدير الذاتى للقلق Self - Rating of Anxiety Scale الذى أعده زونج (١٩٧٥). Zung
- مقياس شدة أعراض القلقَ العام Assessor Severity of GAD anxiety symptoms من إعداد بارلو وآخرين (١٩٨٤). Barlow et. al
- مقياس سمة وحالة القلق Spielberger State - trait Anxiety Inventory وقد أعده للعربية زكريا الهابط (١٩٨٣).

دراسات تطبيقية

أجرى بتلر وآخرون (١٩٩١) Butler et. al دراسة هدفت إلى مقارنة مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج السلوكى فى علاج إضطراب القلق العام، وتكونت عينة الدراسة من ٥٧ مريضاً تتراوح أعمارهم بين ١٨ ـ ٦٥ سنة تم تقسيمهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات؛ تلقت الأولى برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى، فى حين تلقت الثانية برنامجاً للعلاج السلوكى، أما المجموعة الثالثة

فكانت ضابطة وبالتالى لم تتلق أى علاج. وتضمن البرنامج العلاجى إثنتى عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وتم خلاله إستخدام فنيات المناقشة، والتدريب على مهارات التنظيم الذاتى لتعديل السلوك، والواجبات المنزلية، وجدولة النشاط والأهداف. وأوضحت النتائج حدوث تحسن ملحوظ لأفراد المجموعتين التجريبيتين قياساً بالمجموعة الضابطة، كما أوضحت وجود فروق دالة فى مدى التحسن بين المجموعتين الأولى والثانية لصالح المجموعة الأولى التى تلقى أعضاؤها العلاج المعرفى السلوكى مما يدل على أنه أكثر فاعلية من العلاج السلوكى فى علاج القلق، وهو مادعمته نتائج المتابعة بعد ستة شهور.

كما قام بوركوفيتش وآخرون (١٩٩١) Borkovec et. al بدراسة هدفت إلى المقارنة بين كل من العلاج غير التوجيهى، والإسترخاء، والعلاج المعرفى السلوكى فى علاج القلق العام، وضمت عينة الدراسة ٥٥ مريضاً تم تقسيمهم عشوائياً إلى أربع مجموعات إحداها ضابطة أما المجموعات الثلاث الأخريات فكانت تجريبية وتلقت الأولى منها العلاج غير التوجيهى، بينما تلقت الثانية التدريب على الإسترخاء، وتلقت الثالثة برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى. وقد تلقت كل مجموعة إثنتى عشرة جلسة علاجية بواقع جلستين كل أسبوع. هذا وقد إنتقى هؤلاء الباحثون أفراد العينة ممن لايوجد لديهم تشخيص بالإكتئاب أو الهلع أو أى إختلال ذهانى مع عدم خضوع الفرد حالياً أو سابقاً لأى علاج نفسى. وكشفت النتائج أنه على الرغم من أن العلاج غير التوجيهى قد هيأ مستويات عليا من الخبرات إنعكست فى النمو الإنفعالى فإن الإسترخاء والعلاج المعرفى قد أحدثا تحسناً بدرجة أكثر وضوحاً فى ضوء القياس البعدى. كما أظهرت نتائج القياس التتبعى أن العلاج المعرفى السلوكى يعد هو الأفضل على المدى الطويل حيث تصاحبه أقل نسبة إنتكاسة قياساً بالعلاجات الأخرى. وكان من بين أهداف الدراسة التى أجراها بورنز ونولين ـ هوكسيما (١٩٩٢) Burns & Nolen - Hoeksema والتى تمت الإشارة إليها من قبل المقارنة بين مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى بمفرده والعلاج المعرفى السلوكى مقترناً بالعلاج بالعقاقير وذلك لعلاج القلق العام،

وكان من بين أفراد العينة تسعة مرضى يعانون من القلق إلى جانب ٧٩ مريضاً يعانون من تلازم مرضى بين القلق والإكتئاب. وبعد إستخدام فنيات المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والواجبات المنزلية فى برنامج إستمر لمدة إثنى عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة فى الأسبوع، كشفت النتائج عن فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج القلق حيث وجدت درجة دالة من التحسن لدى المرضى بعد تلقى البرنامج العلاجى، كما لم توجد فروق دالة بين المجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى بمفرده والمجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى مقترناً بالعلاج بالعقاقير وذلك فى درجة التحسن، وهو ما يعنى أن إضافة العلاج بالعقاقير إلى العلاج المعرفى السلوكى لم تكن له آثار دالة.

وهدفت دراسة بوركوفيتش وكوستيللو (١٩٩٣) Borkovec & Costello إلى مقارنة ثلاثة أساليب علاجية هى التدريب على الإسترخاء، والعلاج المعرفى السلوكى، والعلاج غير التوجيهى فى علاج إضطراب القلق العام وذلك لدى عينة ضمت ٣٨ مريضاً متوسط أعمارهم ٥٥ سنة مقسمين إلى ثلاث مجموعات، تلقت المجموعة الأولى (ن = ١٢) العلاج غير التوجيهى، وتلقت المجموعة الثانية (ن = ١٢) التدريب على الإسترخاء، فى حين تلقت المجموعة الثالثة (ن = ١٤) العلاج المعرفى السلوكى. وتضمن البرنامج العلاجى إثنتى عشرة جلسة لكل مجموعة بواقع جلستين أسبوعياً، وتم إستخدام فنيات المناقشة، وتذكر الخبرات، والتدريب على الإسترخاء، ومراقبة الذات، والتخفيف المتدرج من الحساسية للقلق، والتدريب التخيلى. وأوضحت النتائج أن كلاً من العلاج المعرفى السلوكى والتدريب على الإسترخاء (العلاج السلوكى) هما الأفضل فى تأثيرهما وفاعليتهما فى التخفيف من حدة القلق، ولا يختلف تأثير أى منهما فى التخفيف من حدة القلق حيث لم توجد فروق دالة بين المجموعتين فى درجة التحسن.

إلا أن ساب (١٩٩٦) Sapp وجد أن العلاج السلوكى (التدريب على الإسترخاء) هو الأكثر فاعلية قياساً بالعلاج المعرفى السلوكى والإرشاد التدعيمى فى خفض حدة القلق بين طلاب الجامعة، فى حين يعد الإرشاد التدعيمى هو الأفضل

بالنسبة للخريجين وذلك فى دراسته التى هدف منها إلى إجراء المقارنة بين هذه الأساليب الثلاثة فى خفض حدة القلق والمكونات الإنفعالية المصاحبة وذلك لدى عينة ضمت تسعين مفحوصاً نصفهم من طلاب الجامعة والنصف الآخر من الخريجين.

تعليق

يعد إضطراب القلق العام من المجالات التى شهدت نجاحاً للعلاج المعرفى السلوكى فيها. ومن أهم الفنيات العلاجية التى تم إستخدامها فى تلك الدراسات التى تم إجراؤها فى هذا المجال المناقشة، ومراقبة الذات، والمذكرات اليومية، والتدريب على مهارات التنظيم الذاتى لتعديل السلوك، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على إدارة القلق، والتدريب على الإسترخاء، والتدريب التخيلى، والتعريض ومنع الإستجابة، وجدولة النشاط والأهداف، إضافة إلى الواجبات المنزلية.

أما عن النتائج التى كشفت عنها هذه الدراسات فكانت فى مجملها متناقضة وغير حاسمة حيث كانت تتأرجح بين أفضلية العلاج المعرفى السلوكى على العلاج بالعقاقير (Burns & Nolen - Hoeksema, 1992) إلى عدم إختلاف العلاج المعرفى السلوكى فى فاعليته عن العلاج السلوكى (Borkovec & Costella, 1993; Borkovec et. al., 1991) إلى تفوق العلاج المعرفى السلوكى على العلاج السلوكى(Butler et. al, 1991) إلى تفوق العلاج السلوكى على العلاج المعرفى السلوكى (Sapp, 1996)، وهو الأمر الذى يتطلب إجراء مزيد من الدراسات للتحقق من صدق النتائج..

ثالثاً: إضطرابات الرهاب (الخوف المرضى) phobic disorders

طبيعة الإضطراب

الرهاب هو الخواف أو الخوف المرضى أو الفوبيا phobia الذى يدرك المريض خلاله أن مخاوفه ليست عقلانية وغير معقولة أو مقبولة، ومع ذلك يظل على

خوفه من تلك الأشياء التى لا تخيف فى العادة. ويكون الخوف المرضى عاماً غير محدد، كما يكون خوفاً دائماً من وضع أو موضوع معين يعرف بموضوع الخوف يكون غير مخيف بطبيعته، ولا يستند إلى أساس واقعى أو منطقى، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه رغم المحاولات المتكررة لذلك من جانب المريض. ومع تكرار هذه الإستجابة فإنها تأخذ خصائص الوساوس والأفعال القهرية. ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن إستجابة الخوف (الرهاب) هى حيلة دفاعية لاشعورية يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشىء عن فكرة أو موضوع أو موقف معين فى حياته اليومية وتحويله إلى فكرة أو موضوع أو موقف رمزى ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلى. ولذلك يعلم المريض عدم جدوى ذلك الموقف وعدم خطورته، ولكنه مع ذلك لايستطيع التحكم فى هذا الخوف أو السيطرة عليه. وقد يكون هذا الخوف خوفاً من الأماكن الواسعة، أو من شىء أو موقف محدد، أو من حيوان ما، أو موضوع يوجد بالبيئة وغير ذلك وهو ما يعرف بالمخاوف النوعية. كما قد يكون خوفاً من مواقف إجتماعية معينة ومن التواجد وسط الغرباء، وهو ما يعرف بالخوف الإجتماعى.

وتتسم إستجابة الخوف بعدد من السمات يمكن أن تتحدد فى ضوئها هى:

١ ـ أنها لاتتناسب مع الموقف المثير لها.

٢ ـ لا يمكن تفسيرها منطقياً.

٣ ـ لا يستطيع الفرد التحكم فيها إرادياً.

٤ ـ تؤدى إلى الهروب وتجنب الموقف المخيف.

وتنقسم إستجابة الخوف أو المخاوف المرضية إلى ثلاثة أنواع، هى:

أ ـ الخوف من الأماكن الواسعة (رهاب الساحة). agoraphobia

ب ـ الخوف الإجتماعى. Social phobia

جـ ـ مخاوف نوعية محددة. Specific phobia

وفى حين يرتبط النوع الأول (فوبيا الأماكن الواسعة) بالخوف من مغادرة المنزل، أو التواجد وسط الزحام، أو فى الأماكن العامة، أو السفر وحيداً فى أى وسيلة من وسائل المواصلات، أو التواجد فى مكان يصعب فيه تقديم المساعدة حيث يعنى هذا النوع من المخاوف الخوف من الناس والأماكن المفتوحة كالساحات خاصة إذا كانت مليئة بالناس، إلى جانب الخوف من التجمعات، ودخول الأماكن العامة، والسفر، ولذا فهو يعد أشد إضطرابات الخوف إعاقة نظراً لأن بعض الأشخاص يظلون داخل منازلهم ولا يغادرونها. ويختلف هذا النوع من الخوف عن القلق العام فى أن القلق هنا يكون شديداً ومتركزاً حول موضوع معين يدركه المريض (إكتظاظ الناس فى المكان مثلاً) بينما لا يكون القلق فى حالة القلق العام بشدة الهلع. أما النوع الثانى من هذه المخاوف وهو المخاوف الإجتماعية فيرتبط بالخوف من أن يكون الفرد موضع إهتمام وملاحظة الآخرين، أو يتواجد وسط الغرباء مما يؤدى به إلى تجنب المواقف الإجتماعية إذ يتعلق الخوف الإجتماعى بتعميم زائد يتعلق بالقدرات الإجتماعية للفرد، وتدور أفكاره الخاطئة حول توقع الخطر والأذى، ولذلك يكون لديه تقدير زائد لإحتمال حدوث الأذى، وما قد يحدث، وتقدير أقل لقدرته على مواجهة الموقف والآخرين، ويشتمل ذلك على توقع الرفض، والفشل، والإنزعاج. بينما يتمثل النوع الثالث فى المخاوف النوعية المحددة أى البسيطة، وتقتصر على مواقف معينة ومحددة تماماً بالنسبة للفرد كالأماكن المرتفعة، ورؤية الدم، والعواصف، والحيوانات، أو أى أشياء أو موضوعات معينة فى البيئة، وعادة ما يبدأ هذا النوع من المخاوف منذ مرحلة الطفولة، وتسمى المخاوف بإسم ما ترتبط به فيقال مثلاً فوبيا الحيوانات، أو الظلام، أو الدم، أو المرتفعات، وهكذا.

المحكات التشخيصية للإضطراب

يورد DSM - IV ثلاثة أنواع من إستجابات الخوف المرضى على النحو التالى:

أولاً: الخوف من الأماكن الواسعة (رهاب الساحة) agoraphobia

يتحدد فى الدليل التشخيصى سالف الذكر أن الخوف من الأماكن الواسعة لايعد إضطراباً مستقلاً، وأنه يتسم بالقلق من جانب الفرد حول وجوده فى أماكن أو مواقف يصعب الهروب منها، أو قد لا يتاح تقديم المساعدة له فيها وذلك حال حدوث نوبة هلع غير متوقعة أو حدوث أعراض شبيهة بأعراض الهلع.

وتتضمن المخاوف المرتبطة بفوبيا الأماكن الواسعة مجموعة من المواقف التى تتضمن وجود الفرد وحيداً وبعيداً عن منزله، أو وجوده وسط حشد من الناس أو وقوفه فى طابور، أو وجوده فوق كوبرى، أو فى نفق، أو سفره فى أى وسيلة من وسائل المواصلات العامة كالأتوبيس أو القطار أو السيارة. ولا يتعلق الخوف بواحد فقط من هذه المخاوف دون سواه وإلا أصبح ذلك من المخاوف النوعية، كما لا يرتبط التجنب هنا بمواقف إجتماعية معينة وإلا أصبح ذلك ضرباً من الخوف الإجتماعى. وإلى جانب ذلك فإن سلوك التجنب هذا يرتبط بتوتر أو قلق من حدوث نوبة هلع أو أعراضٌ شبيهة بأعراض الهلع، أو يتطلب الأمر وجود أحد الأصدقاء بصحبته.

وجدير بالذكر أن القلق أو الخوف هنا لا يرجع إلى أى مرض عقلى، أو إلى الخوف الإجتماعى، أو المخاوف النوعية، أو إضطراب الوسواس القهرى، أو إنعصاب ما بعد الصدمة، أو إضطراب قلق الإنفصال.

ثانياً: المخاوف الإجتماعية (إضطراب القلق الإجتماعى)Social phobia (Social anxiety disorder)

ويتسم بالخوف من واحد أو أكثر من المواقف الإجتماعية حينما يتواجد الفرد وسط الغرباء، أو عندما يكون موضع إهتمام من الآخرين. ويؤدى التعرض لمثل هذه المواقف غالباً إلى إثارة القلق الذى قد يأخذ شكلاً يرتبط بهذا الموقف أو ذاك، أو يأخذ شكل نوبة الهلع. ويدرك الفرد تماماً أن مخاوفه مبالغ فيها وغير معقولة، ولكنه مع ذلك يخاف من المواقف الإجتماعية ويتجنبها أو يخبر قلقاً شديداً وتوتراً

مما يؤثر سلباً على روتين حياته العادى وأدائه الوظيفى المهنى أو الأكاديمى، وعلى أنشطته الإجتماعية وعلاقاته على أن يستمر ذلك لدى الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ١٨ عاماً لمدة لا تقل عن ستة أشهر بحيث لايرجع هذا الخوف إلى أى آثار فسيولوچية مباشرة للمواد التى يتعاطاها الفرد كإساءة إستخدامه للمواد أو تعاطيه للأدوية، كما لا يرجع إلى حالة طبية (صحية) عامة.

ومن ناحية أخرى لا يجب أن يرجع هذا الخوف إلى أى مرض عقلى، أو نوبة هلع مصحوبة أو غير مصحوبة بفوبيا الأماكن الواسعة، أو قلق الإنفصال، أو إضطراب صورة الجسم، أو أى إضطراب نمائى، كما يجب أيضاً ألا يرجع إلى إضطراب الشخصية شبه الفصامية Schiziod.

ثالثاً: المخاوف النوعية المحددة Specific phobia

وتتسم بكم مفرط من الخوف غير الواقعى الذى يثيره وجود أو توقع وجود شيء أو موقف معين كالطيران، أو الإرتفاعات، أو الحيوانات، أو أخذ حقنة، أو رؤية الدم. ويؤدى التعرض للمثير المسبب للخوف إلى إستجابة قلق مباشرة قد تأخذ شكل نوبة هلع ترتبط بذلك الموقف. وقد يحدث ذلك بالنسبة للأطفال على هيئة صراخ، أو نوبات غضب، أو التجمد، أو التشبث بالآخرين.

ومما لاشك فيه أن الفرد (الكبير وليس الطفل) يدرك أن هذا الخوف مبالغ فيه وغير معقول، ومع ذلك لابد له أن يتجنب الموقف وإلا حدثت إستجابة قلق شديدة تؤثر سلباً على روتين حياته العادى وعلى أدائه الوظيفى المهنى أو الأكاديمى وعلى أنشطته الإجتماعية وعلاقاته على أن يستمر ذلك بالنسبة للأفراد الذين يقل عمرهم عن ثمانية عشر عاماً لمدة لاتقل عن ستة أشهر.

وجدير بالذكر أن هذا القلق أو نوبة الهلع أو السلوك التجنبى الذى يرتبط بالمخاوف لايرجع إلى مرض عقلى، أو إلى الوساوس القهرية، أو إنعصاب ما بعد الصدمة، أو قلق الإنفصال، أو الخوف الإجتماعى، أو إضطراب الهلع المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة. وقد تكون هذه المخاوف من الحيوانات، أو من أشياء

معينة فى البيئة كالعواصف والإرتفاعات والماء مثلاً، أو من رؤية الدم، أو أخذ الحقن، أو من مواقف معينة كالكبارى والأنفاق والطيران ووسائل المواصلات العامة على سبيل المثال. ويبدأ هذا النوع من المخاوف فى مرحلة الطفولة.

العلاج المعرفى السلوكى لإضطرابات الخوف المرضى

تؤكد نتائج العديد من الدراسات أن العلاج المعرفى السلوكى يحقق نتائج جيدة فى علاج المخاوف المرضية حيث يؤدى تصحيح المعارف المشوهة والتفسيرات الخاطئة التى ترتبط بمصادر التهديد إلى حدوث تحسن ملحوظ بين المرضى. ولتحديد مثل هذه المعارف تستخدم المذكرات اليومية من جانب المرضى ومراقبة الذات. ومن الفنيات التى يمكن إستخدامها لعلاج المخاوف المرضية الإشراط المضاد للقلق وخاصة مع المخاوف النوعية، والتدريب على تأكيد الذات أو السلوك التوكيدى خاصة مع المخاوف الإجتماعية وهو ما يساعد المريض على إستعادة ثقته بنفسه، والتعزيز، والتغذية الرجعية الحيوية. كما يمكن أيضاً إستخدام التدريب على المهارات الإجتماعية خاصة مع المخاوف الإجتماعية، إلى جانب إستخدام إعادة البنية المعرفية، والتعريض ومنع الإستجابة حيث يتم تعريض المريض تخيلياً أو واقعياً لمثيرات غير خطيرة تبعث على القلق والخوف وذلك بشكل متكرر وفى ظل ظروف منظمة ومضبوطة. ومن ناحية أخرى يمكن إستخدام التدريب على إدارة القلق والذى أثبت نجاحاً كبيراً مع كل إضطرابات القلق وإلى جانب ذلك يمكن إستخدام الغمر، أو فقد الحساسية المنظم أو التدريجى.

ويرى راتشمان (١٩٩٥) Rachman أن إستخدام نموذج التشغيل الإنفعالى emotional processing model يحقق نتائج جيدة للغاية فى علاج المخاوف والوساوس. ويعتمد هذا الأسلوب على الحديث عن الخبرات الإنفعالية أو كتابتها ومعايشتها مما يقلل بالتالى من حدتها وتكرارها وذلك إستناداً على تلك الآثار التى يمكن أن تحدثها المعرفة أو المعلومات على تناول الخبرات الإنفعالية. ويشير هذا المفهوم إلى تلك العملية التى يتم بموجبها تشرب الإضطرابات الإنفعالية

وإنخفاضها إلى الحد الذى يمكن أن يحدث عنده أى سلوك آخر دون أن يسبب أى مشكلة للمريض. أما إذا لم يتم تشرب تلك الإضطرابات بالشكل المطلوب فتظل هناك بعض الدلائل التى تعبرعن ذلك، ومن ثم تعود الإشارات المقحمة للنشاط الإنفعالى إلى الظهور كالمخاوف والوساوس والكوابيس والهلاوس والأفكار المقحمة والتعبيرات غير الملائمة عن الإنفعالات. ويرجع التشغيل الإنفعالى الناجح إلى قدرة الفرد على التحدث عن أحداث إنفعالية معينة أو رؤيتها أو الإستماع إليها أو تذكرها دون أن يخبر الضيق النفسى أو الكرب. ومن جانب آخر يعتمد هذا المفهوم أيضاً على إثارة تحليل الخوف المتخيل حيث تعد ردود الفعل النفسية الفسيولوچية للأحداث المتخيلة هى البداية فى عملية التشغيل الإنفعالى والتعامل مع تلك الأحداث حيث تعتبر بمثابة أغراض مستهدفة خلال العلاج.

ويعتمد هذا النموذج فى تناوله للفوبيا أو غيرها من إضطرابات القلق على سلسلة من العمليات وذلك نظراً لأن الأشخاص الذين يعانون من المخاوف المرضية قد أظهروا قدراً ضئيلاً من التحسن عند إستخدام فقد الحساسية المنظم أو التدريجى بمفردها كفنية علاجية (علماً بأن هذه الفنية قد حققت نجاحاً كبيراً فى علاج المخاوف عند إستخدامها إلى جانب فنيات أخرى). ويهدف هذا النموذج إلى المواءمة بين أنماط مختلفة من الإجراءات التى تعمل على خفض حدة القلق إعتماداً علي التغيرات المعرفية حيث يتعامل بشكل صريح مع الخبرات الإنفعالية. ومن هذا المنطلق يتم إستخدام عدد من الإجراءات العلاجية لخفض حدة القلق والكشف عن مسبباته. ويتضمن ذلك إستخدام أربع فنيات علاجية هى فقد الحساسية المنظم، والغمر، والنمذجة، والتدريب على التعود. ويمكن من خلال تلك الفنيات التعامل مع الأنساق الثلاثة المتداخلة التى يضمها الخوف وهى النسق اللفظى، والنسق السلوكى، والنسق النفسى الفسيولوچى.

وإلى جانب ذلك هناك عوامل تساعد على نجاح التشغيل الإنفعالى ولذا يجب التركيز عليها والإستفادة منها خلال العملية العلاجية وهى التعريض، وتقليد السلوك، والتدريب المتكرر، والإسترخاء، وتصحيح التفسيرات والتأويلات الخاطئة

لمصادر التهديد والمعارف اللاتواؤمية المرتبطة بذلك، وهو ما يجب أن يتضمنه البرنامج العلاجى. وبذلك يمثل هذا النموذج إطاراً يرتبط من خلاله عدد من المظاهر سواء المعرفية أو الإنفعالية أو السلوكية، ويعمل على تنظيم البيانات والمعلومات فى شكل مترابط يسهل عملية الإستفادة منها، ويستخدم فى ذلك عدداً من الإجراءات العلاجية فى سبيل خفض حدة القلق والخوف. ومن ثم فإن هذا النموذج يكتسب أهمية كبيرة فى هذا المجال.

دراسات تطبيقية

قام ميرش وآخرون (١٩٨٩) Mersch et. al بمقارنة مدى فعالية إعادة تشكيل البنية المعرفية بفعالية التدريب على المهارات الإجتماعية فى علاج الخواف الإجتماعى وذلك على عينة ضمت ٧٤ مريضاً بالخواف الإجتماعى. وإستعان هؤلاء الباحثون باختبار سلوكى وإستبيان معرفى من أجل تصنيف المرضى إلى ثلاث فئات؛ تتمثل شكوى الأفراد فى الفئة الأولى فى نقص المهارات الإجتماعية ويبلغ حجمها ٢٥٪ من حجم العينة الكلية، أما أفراد الفئة الثانية فتتمثل شكواهم فى إضطرابات معرفية، ويبلغ حجم هذه الفئة ٢٥٪ من حجم العينة الكلية، أما الفئة الثالثة والتى بلغ حجمها ٥٠٪ من حجم العينة الكلية فكانت غير مصنفة. وتم تقسيم العينة إلى عشر مجموعات فرعية تضم كل منها ما بين ٧ - ٨ أفراد. وقد تلقت المجموعات الخمس الأولى تدريباً على المهارات الإجتماعية، فى حين تلقت المجموعات الخمس الأخيرة العلاج العقلانى الإنفعالى. وتضمن البرنامج ثمانى جلسات علاجية بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً تستغرق ساعتين ونصف الساعة. وأشارت نتائج الدراسة إلى تكافؤ العلاج العقلانى الإنفعالى والتدريب على المهارات الإجتماعية فى علاج الخواف الإجتماعى بغض النظر عن طبيعة وخصائص المرضى من حيث غلبة ردود الفعل المعرفية أو السلوكية.

وإستخدم فرانسيس وأولنديك (١٩٩٠) Francis & Ollendick فنية التعريض

الحى المتدرج فى علاج فتاة تبلغ السادسة عشرة من العمر وتعانى من قلق تجنب المواقف الإجتماعية كالحفلات والمحلات. وكان التجنب مرتبطاً بالخوف من اللوم والنقد، كما أن الأعراض التى عانت منها كانت تشير إلى وجود قلق وإكتئاب. ولذا تم تحديد مدرج للقلق، وتصنيف المواقف من حيث شدتها فكان أقلها شدة هو الذهاب إلى المحلات، فى حين كان أكثرها شدة هو أخذ القمامة خارج المنزل. وإلى جانب ذلك تضمنت الواجبات المنزلية تدريب الفتاة على كيفية مواجهة المواقف الإجتماعية مثل ركوب السيارة، والذهاب إلى السينما، والذهاب للتسوق بمفردها. وفى نهاية البرنامج العلاجى إنخفض القلق بشكل دال لدى الفتاة وإن لم يختف تماماً ولكنه لم يعقها عن ممارسة حياتها بشكل عادى.

كما هدفت دراسة سيجمون (١٩٩١) Sigmon إلى التحقق من أثر العلاج المعرفى السلوكى فى علاج حالة طفل يبلغ من العمر ست سنوات يعانى من فوبيا الروضة بحيث توقف فجأة عن الذهاب إلى الروضة إلا إذا كان بصحبة أحد والديه بعد أن كان يذهب بمفرده بانتظام ويتسم بالنشاط والحيوية وتمثل له الروضة خبرة سعيدة. وحينما كان يذهب أحد والديه معه إلى الروضة كان يشارك مع أقرانه بشكل كامل وكان يبدو سعيداً مما أربك والديه أيضاً. وبعد الجلسات العلاجية ظهر جلياً أن بمقدوره أن يذهب إلى الروضة بمفرده دون أن يذهب معه أحد الوالدين، وأن يشارك أقرانه بشكل كامل، كما نمت فعالية الذات لديه وإنتقل إلى الصف الأول الإبتدائى دون حدوث أى مشاكل. إلا أنه قد تطور لديه الخوف من الحرمان من الأسرة، وتم تناول هذه الحالة أيضاً من خلال العلاج المعرفى السلوكى والذى تضمن تغيير جداول التعزيز وإستخدام الضبط الذاتى أو ضبط النفس. وكشفت النتائج عن فعالية هذا البرنامج العلاجى فى هذا الإطار حيث تخلص الطفل من خوفه من الحرمان من الأسرة.

وأجرى أحمد عمر (١٩٩٣) دراسة حول مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى الجماعى والتدريب على المهارات الإجتماعية فى تخفيف الفوبيا الإجتماعية لطلاب

الجامعة، وتضمن البرنامج العلاجى إثنتى عشرة جلسة بواقع جلستين فى الأسبوع، وإستخدمت خلاله فنيات المناقشة، والتدريب على مهارات إعادة البناء المعرفى، والتعريض لمواقف مصطنعة من القلق الشديد فى محيط العلاج الجماعى، والواجبات المنزلية. وتضمن برنامج المهارات الإجتماعية فنيات التدريب على مهارات المحادثة، والتدريب على المهارات التوكيدية، والتدريب على مهارات الإدراك الإجتماعى. وأوضحت النتائج فعالية كلا البرنامجين فى خفض الفوبيا الإجتماعية لطلاب الجامعة. وهدفت الدراسة التى أجراها سامى هاشم (١٩٩٧) إلى تبيان فعالية برنامج العلاج العقلانى الإنفعالى مستخدما فيه فنيات إعادة البناء المعرفى والواجبات المنزلية وذلك لعلاج الخواف الإجتماعى لدى ستة من طلاب الجامعة تنطبق عليهم المحكات الواردة فى DSM - III - R لتشخيص الخواف الإجتماعى، إضافة إلى حصولهم على درجات مرتفعة على مقياس الخواف الإجتماعى المستخدم. وأوضحت النتائج أن أهم الأسباب المؤدية للخواف الإجتماعى هى أساليب المعاملة الوالدية، والإرتباط الشرطى، والأفكار الخاطئة اللامنطقية أو اللاعقلانية عن عدم الكفاءة. كما أوضحت أن البرنامج المستخدم له فاعليته فى علاج الخواف الإجتماعى لدى طلاب الجامعة حيث إنخفضت المخاوف لديهم بصورة جوهرية بعد الجلسات، وهو ما يعكس وجود فروق دالة بين مستوى الخواف الإجتماعى لدى الحالات قبل وبعد الجلسات لصالح التطبيق البعدى.

تعليق

تمثل إضطرابات الخوف أو المخاوف المرضية مجالاً هاماً من تلك المجالات التى يمكن أن يحقق فيها العلاج المعرفى السلوكى نجاحاً ملحوظاً يساعده فى ذلك تضمنه لمكونات أساسية ثلاثة هى المكونات المعرفية، والوجدانية، والسلوكية لايهتم بأحدها على حساب غيره من المكونات، ولكنه فى واقع الأمر يوليها جميعاً جل إهتمامه وهو ما يساعد على تحقيق نتائج إيجابية فى هذا الصدد. ونظراً لحدوث تطور مستمر فى الفنيات المستخدمة لتحتوى بداخلها تلك المكونات وجدنا أن فنيات مثل التدريب على إدارة القلق، ونموذج التشغيل الإنفعالى قد حققت نجاحاً كبيراً

فى هذا الإطار نظراً لما تتضمنه كل منهما من فنيات متعددة تساهم فى تحقيق ذلك النجاح مما يؤدى إلى حدوث التعديل والتغيير السلوكى، وبالتالى يصبح بمقدور الفرد أن يستعيد توافقه من جديد.

وقد كشفت نتائج الدراسات التى إستخدمت العلاج المعرفى السلوكى لعلاج المخاوف المرضية عن إنخفاض حدة الأعراض المرضية لدى المرضى بعد العلاج وربما إختفائها تماماً فى بعض الحالات، وهو ما يعكس فاعلية هذا الأسلوب العلاجى. وكانت أكثر الفنيات العلاجية إستخداماً فى هذه الدراسات المناقشة، ومراقبة الذات، والتعريض التخيلى، وإعادة البناء المعرفى، والواجبات المنزلية. إلا أنه يمكن إلى جانب ذلك إستخدام فنيات أخرى كالتحصين التدريجى، وفقد الحساسية المنظم، والغمر حيث يساهم هذا التنوع فى تحقيق الفاعلية المرجوة من إستخدامنا لمثل هذا الأسلوب العلاجى.

رابعاً: إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress disorder

طبيعة الإضطراب

يعرف إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة بأنه مجموعة من الأعراض المميزة التى تعقب فشل الفرد فى مواجهة متطلبات حدث مؤلم من خلال الأنماط العادية للسلوك المتوافر لديه وخاصة فى غياب المساندة الإجتماعية فيشعر بالعجز فى مواجهة الحدث. وقد تأخذ هذه الأعراض إحدى صورتين:

١ - إستعادة خبرة الحدث المؤلم عن طريق التخيل والأحلام أو الأفكار التى يستدعيها الفرد أو التى تقتحم عليه تفكيره.

٢ - إنكار الحدث، وينعكس ذلك فى السلوك التجنبى الذى يصدر عن الفرد والذى يشمل التقليل من الإستجابة للعالم الخارجى، والشعور بالعزلة، وعدم الإهتمام بالأنشطة، وضعف الإستجابات الوجدانية، واللجوء إلى المخدرات.

كما قد ترتبط بهاتين المجموعتين بعض الأعراض الأخرى كاضطرابات النوم، وضعف التركيز، ونوبات الغضب.

ويعد إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة أو إضطراب الضغوط التالية للصدمة من أهم النواتج والآثار النفسية السلبية التى يمكن أن تجمع كل أشكال العصاب. وتعتبر الصدمة بمثابة موقف عصيب يكسر الإيقاع السوى لحياة الفرد اليومية، ويعد خروجاً على المألوف والمتوقع. وهناك العديد من العوامل التى تعتبر مسببات لهذا الإضطراب منها إحتلال الأرض، والإغتصاب، والزلازل، والبراكين، والحوادث على سبيل المثال. وجدير بالذكر أن هذه العوامل المسببة للإضطراب تتبعها آثار سلبية قد تظهر فى حينها أو تظهر بعد مرور عدة شهور أو سنوات طوال، وقد تستمر تلك الآثار لفترات زمنية غير محددة. وينجم عن هذا الموقف قدر متفاوت الدرجة من الذلة أو المهانة أو إحتقار الإنسان لنفسه وعدم توقيره لها. ولا يكون ذلك غالباً لذنب إقترفه، بل يكون نتيجة قسر أو قهر أو إكراه إذ لا يكون له دخل فيما حدث، كما أنه لم يتمن ذلك على الإطلاق.

ويجب أن يتسم هذا العنصر الضاغط أو الموقف العصيب الذى تعرض له الفرد والذى تسبب فى ظهور أعراض واضحة عليه بعدد من السمات هى:

١ ـ أن يسبب الضيق والكرب للفرد من الناحية النفسية.

٢ ـ أن يسبب الضيق والعنت لكل فرد تقريباً.

٣ ـ أن يكون خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية.

كذلك فإن الأحداث الصدمية تتسم بأنها تمثل تهديداً خطيراً لحياة الإنسان، ولتكامل أعضاء جسمه، وإلحاق الأذى بمن حوله، وأنها ذات آثار تحطيمية مفاجئة، كما تتسم أيضاً بالعنف البدنى، وبرؤية الآخرين وهم يتعرضون للأذى، إلى جانب أن هذا الحادث الصدمى يتضمن أيضاً عنصراً بدنياً عضوياً كإصابة أحد أعضاء الجسم مثلاً. وهناك العديد من الأعراض المرضية التى تصاحب هذا الإضطراب كالقلق والهم والكرب واليأس والأحلام المفزعة والكوابيس المتكررة أو

إسترجاع للحدث أثناء اليقظة والتعايش مع الصدمة، إضافة إلى تناقص الإهتمام بالأنشطة المهمة، والسلوك التجنبى، وصعوبات النوم، وضعف الذاكرة، وصعوبة التركيز، والتهيج وإنفجارات العنف والغضب ومشاعر الذنب للبقاء على قيد الحياة، هذا إلى جانب التشوش العقلى، وحدوث صعوبات فى حل المشكلات، وتشوه مفهوم الزمن.

ويختلف إنعصاب ما بعد الصدمة عن الضغط النفسى Stress فى أن الحدث يكون واضحاً أو تكون المحنة واضحة فى حالة إنعصاب ما بعد الصدمة لكنها تكون خارج حدود خبرات الإنسان مثل الفيضانات والحروب والكوارث والزلازل والبراكين والحرائق مثلاً، فى حين تكون المثيرات فى حالة الضغط النفسى داخل حدود خبرات الإنسان. وعلى الرغم من أن إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة يندرج ضمن إضطرابات القلق وأن إستجابة الضغط فى تلك الحالة تشبه إستجابة القلق من حيث ظهور أعراض فسيولوچية ونفسية، فإن إستجابة الضغط تأتى نتيجة حدوث مثير ضاغط أما إستجابة القلق فتنتج عن فشل الإنسان المتكرر فى الإستجابة الملائمة للموقف الضاغط.

تشخيص الإضطراب

يشخص DSM - IV إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة فى ضوء المحكات التالية:

أولاً: أن يخبر الفرد موقفاً صدمياً يتوفر فيه ما يلى:

١ ـ أن يكون الفرد قد خبر أو شهد أو واجه موقفاً أو مواقف تتضمن موتاً حقيقياً أو تهديداً بالموت أو إصابة بالغة أو تهديداً للتكامل الجسمى للذات أو الآخرين.

٢ ـ أن تتضمن إستجابة الفرد الخوف الشديد أو الحاد، والعجز، والفزع. ويعبر الأطفال عن ذلك بالسلوك غير المنظم أو الذى يتسم بالتهيج.

ثانياً: أن يمر الحدث الصدمى بخبرة الشخص مرة أخرى وبشكل مستمر وذلك عن طريق واحدة على الأقل من الطرق أو الأساليب التالية:

١ ـ التذكر المستمر والمزعج للحدث الذى يقتحم تفكير الفرد، ويتضمن ذلك الصور أو الأفكار أو الإدراكات. أما بالنسبة للأطفال فيتم ذلك عن طريق اللعب التكرارى الذى يتم فيه التعبير عن موضوعات الصدمة أو مختلف جوانبها.

٢ ـ تكرار الأحلام المزعجة عن الحادث. وبالنسبة للأطفال قد يكون هناك أحلام مخيفة لا يتذكرون محتواها.

٣ ـ التصرف المفاجئ أو الشعور بأن الحادث الصدمى يعاود الحدوث، ويتضمن ذلك إعادة معايشة الخبرة، والخداع، والهلاوس، وفترات من إستعادة الخبرة السابقة. كما يتضمن ذلك تلك المشاعر التى تحدث حال اليقظة أو عندما يكون الفرد تحت تأثير مخدر. وقد يحدث للأطفال صدمة خاصة تتعلق بإعادة تمثيل ذلك الحدث.

٤ ـ الشعور بالضيق النفسى الشديد أو الحاد عند التعرض لإشارات أو أحداث داخلية أو خارجية ترمز إلى أو تمثل جانباً ما من ذلك الموقف الصدمى.

٥ ـ حدوث إنتكاسة فسيولوجية عند التعرض لإشارات أو أحداث داخلية أو خارجية ترمز إلى أو تمثل جانباً من ذلك الموقف الصدمى.

ثالثاً: التجنب المستمر للمثيرات التى ترتبط بالصدمة والشعور بالخدر (فقد الإحساس) فى الإستجابة العامة وهو ما لم يكن موجوداً قبل الصدمة، وذلك كما يتضح من توفر ثلاثة على الأقل من الجوانب التالية:

١ ـ بذل جهد متعمد لتجنب الأفكار أو المشاعر أو المحادثات التى تتعلق بالصدمة.

٢ ـ بذل جهد متعمد لتجنب الأنشطة أو الأماكن أو الأفراد الذين يمكنهم أن يثيروا لدى الفرد ذكريات عن الصدمة.

٣ ـ عدم القدرة على تذكر وإسترجاع جانب مهم من الصدمة.

٤ ـ تناقص واضح فى الميل إلى الأنشطة المهمة أو الإشتراك فيها.

٥ ـ الشعور بالإنسلاخ عن الآخرين أو الإنعزال عنهم أو النفور منهم.

٦ ـ ضيق مدى الوجدان مما ينتج عنه أن يصبح الفرد على سبيل المثال غير قادر على أن تتولد لديه مشاعر الحب.

٧ ـ الشعور بأن المستقبل غير رحب بالنسبة له كأن يتوقع مثلاً ألا تكون له مهنة معينة يمتهنها، وأنه لن يتزوج ولن ينجب أطفالاً، أو لن يحيا حياة عادية.

رابعاً: وجود أعراض مستمرة تزيد من الإثارة والتنبيه لم تكن موجودة قبل الصدمة وتتضح من عرضين على الأقل من الأعراض التالية:

١ ـ صعوبة الإستغراق فى النوم أو البقاء نائماً.

٢ ـ التهيج أو إنفجارات الغضب.

٣ ـ صعوبة التركيز.

٤ ـ التيقظ الزائد.

٥ ـ إستجابة الترويع المفاجئة المبالغ فيها.

خامساً: أن يستمر الإضطراب لمدة شهر واحد على الأقل ويؤدى إلى الكرب أو الضيق النفسى، ويحدث خللاً فى أداء الفرد الوظيفى إجتماعياً أو مهنياً أو فى أى جانب آخر من جوانب الأداء الوظيفى ذات الأهمية. وتعتبر الأعراض التى تبدو على الفرد حادة إذا إستمرت لمدة تقل عن ثلاثة شهور، أما إذا إستمرت لمدة زمنية تزيد عن ذلك فتعتبر تلك الأعراض مزمنة.

هذا وقد تكون بداية الإضطراب متأخرة وذلك إذا تأخر ظهور الأعراض لمدة ستة شهور على الأقل بعد الصدمة.

العلاج المعرفى السلوكى لإضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة

من الجدير بالذكر أن التعلم الشرطى يعد هو الأسلوب الذى يلعب الدور الرئيسى فى نشأة هذا الإضطراب، ومن ثم فإن العلاج السلوكى والعلاج المعرفى السلوكى هما الأكثر شيوعاً والأفضل فى نتائجهما فى هذا الميدان، وإن تفوق العلاج المعرفى السلوكى نظراً لإعتماده على فنيات إنفعالية تعتمد على إستخراج المشاعر العميقة والتأثير عليها حتى يصبح الفرد أقل تشدداً فى حكمه على الموقف، ويصبح بإمكانه أن يتقبل الأمر برمته.

ويمكن فى هذا الإطار أن يقوم الفرد بكتابة ما يشعر به من مشاعر متنوعة تتضمن الشعور بالذنب نظراً لما يكون قد قام به حتى يبقى على قيد الحياة، والأفكار التى تتوارد على ذهنه. ويتم التعامل معها على أنها أفكار أوتوماتيكية سلبية علي أن يتم التعامل مع كل فكرة على حدة. كذلك يجب أن يتم تدريب الفرد على السلوك التوكيدى حتى نساعده على أن يسترد ثقته بنفسه، تلك الثقة التى إفتقدها على أثر الصدمة، إلا أن هذا التدريب يجب أن يكون مصحوباً بالمساندة الإجتماعية سواء من باقى أعضاء الأسرة أو من الأصدقاء أو من الهيئات المختلفة فى المجتمع.

كذلك يمكننا فى هذا الإطار أن نستخدم إستراتيجيات للمواجهة كأن يتم تدريب الفرد الضحية على أسلوب حل المشكلات، وأن نعمل على التخفيف أو التخلص من الإنفعالات الحادة المترتبة على الأزمة. وهنا يمكننا أن نستخدم فنية التعريض ومنع الإستجابة سواء كان هذا التعريض واقعياً أم تخيلياً وذلك لمنبهات ليست مؤذية من الناحية الموضوعية ولكنها تخيفه وتثير القلق لديه. ويمكن أن يكون هذا التعريض متدرجاً، وهنا نستخدم التحصين التدريجى ضد القلق أو فقد الحساسية المنظم. كما يمكن أن يكون التعريض غير متدرج، وهو الأمر الذى يتطلب أن نستخدم أسلوب الغمر flooding وذلك بأن يستحضر الفرد فى ذهنه كل الأحداث

المرتبطة بالخبرة الصدمية مع التركيز عليها حتى يتناقص القلق، ويتبعه إختفاء تلك الأفكار التى تقتحم عقله، كما تختفى أيضاً إضطرابات النوم.

ومن ناحية أخرى يمكن إستخدام التدريب على الإسترخاء على أن يكون ذلك مصحوباً بتمرينات الغمر مما يساعد الفرد على تحديد مناظر الحدث الصدمى وعزلها، ويمكنه من أن يعايشها بشكل متكرر وهو الأمر الذى يؤدى بالضرورة إلى خفض القلق.

هذا ويجب أن تتضمن إستراتيجيات العلاج المعرفية السلوكية تمكين الفرد الضحية من القيام بما يلى:

١ ـ إعادة تحديد الحادث حتى يكتسب معنى متسقاً فى العالم وذلك بمقارنة ذلك الفرد بمن هم أقل حظاً منه، والنظر إلى الإستفادة الممكنة من تلك الخبرة.

٢ ـ إيجاد معنى وغرض فى تلك الخبرة.

٣ ـ تغيير السلوك لمساعدة الفرد على منع ذلك الحادث من أن يعاود الحدوث.

٤ ـ البحث عن المساندة الإجتماعية.

ويرى إليس Ellis أن العديد من ضحايا إنعصاب ما بعد الصدمة يساعدون إلى حد كبير فى شعورهم بالكرب أو الضيق النفسى من خلال إعتقاداتهم اللاعقلانية أو المختلة وظيفياً. وحتى يتم التخلص من مخاوفهم وقلقهم فإنه يفضل التعامل معهم من خلال إعادة البنية المعرفية والتعريض. ويقترح نموذجاً للعلاج يعرف بنموذج تجهيز المعلومات information processing model يعمل فقط على مواجهة التشويهات المعرفية أى اللامنطقية وغير الواقعية كأن تعتقد إحدى المريضات مثلاً أن السبب فى إغتصابها يرجع إلى ذلك الخطأ الذى إرتكبته والتى كان يجب عليها ألا تفعله والمتمثل فى تأخرها ليلاً خارج المنزل، ولهذا فهى تافهة ولا قيمة لها (مع أن التأخير فى هذا المثال له دور كبير فيما حدث، وإن لم يكن هو كل شىء حيث يجب أن يكون هناك رادع قوى يحول دون حدوث ذلك علماً بأنها قد تكون

معزورة فى تأخرها) وذلك بدلاً من التركيز على مجموعة اليجبات والينبغيات (جمع «يجب وينبغى» إن جاز ذلك) الصارمة التى تعد هى المنبع الرئيسى لتلك التشويهات وما يرتبط بها من مشاعر سلبية والتخلص منها. ومن ثم يجب التعامل مع هذا العزو الذاتى وتحميل المسئولية للذات فيما حدث، وبالتالى الحط من قيمة الذات. ويمكن أن نستعين فى هذا الصدد بفنية إعادة العزو والتدريب عليها نظراً لأن الحدث الصدمى يكون لادخل للفرد به حيث لم يرد أن يحدث ذلك ولم يتمنه لنفسه أو حتى لغيره. ولهذا يتم تحديد الأفكار المشوهة والعمل على تصحيحها.

وإلى جانب ذلك يمكن اللجوء إلى فنية التدريب على إدارة الضغوط وإدارة القلق. والأكثر والأهم من ذلك أن يبدأ العلاج فوراً وبأسرع ما يمكن ودون أى تأخير أى نبدأ فيه بعد الموقف الصدمى مباشرة على أن يكون ذلك العلاج مختصراً أو موجزاً فلا يستغرق وقتاً طويلاً.

دراسات تطبيقية

هناك العديد من الدراسات التى إتخذت من مواقف صدمية معينة خاصة الحروب موضوعاً لها كتلك الدراسات التى تناولت إنعصاب ما بعد الصدمة الناتج عن حرب فيتنام والحرب اللبنانية والغزو العراقى للكويت، ولكنها تعتبر دراسات وصفية إهتمت فقط بتناول تلك الآثار السلبية التى خلفتها مثل هذه الحروب على عينات مختلفة من الأفراد فى تلك البلاد.

أما الدراسات العلاجية التى تمكن المؤلف من الحصول عليها فقد إنحصرت فيما يلى:

إستخدم فيليب صايغ (١٩٨٦) Saigh فنية الغمر فى علاج ثلاثة أطفال يعانون من إنعصاب ما بعد الصدمة المرتبط بالحرب اللبنانية. وتضمن البرنامج العلاجى عدة مشاهد مثل سماع صوت إنفجار، والإقتراب من منطقة الإنفجار، ورؤية أفراد مصابين. وكان يطلب من الطفل خلال كل مشهد أن يقوم بتقدير شدة القلق. ثم طلب منهم بعد ذلك أن يتواجدوا فى مكان الإنفجار. وأشارت نتائج القياس البعدى أن نسبة التحسن قد بلغت ٩٥٪.

وأجرى بوتشر وآخرون (١٩٨٨) Butcher et. al دراسة على عينة من اللاجئين إستخدموا خلالها أربع إستراتيجيات علاجية تم إستخدام كل منها مع إحدى المجموعات التى تضمنتها العينة، وتمثلت تلك الإستراتيجيات فى:

١ ـ تدخل الأزمة.

٢ ـ العلاج المعرفى السلوكى.

٣ ـ العلاج الفردى الدينامى.

٤ ـ العلاج الأسرى والزواجى.

هذا وقد تم تقسيم العينة إلى تلك المجموعات بناء على السمات السيكوباثولوچية العامة لأفراد العينة والديناميات بين الشخصية التى تميزهم، ووفقاً لثقافاتهم التى ينتمون إليها أيضاً. وقد أثبتت هذه الإستراتيجيات فاعليتها فى تخفيف حدة هذا الموقف الصدمى بالنسبة لهم، وكان العلاج المعرفى السلوكى هو الأُفضل فى الفاعلية فى هذا الصدد.

تعليق

يمثل إستخدام العلاج المعرفى السلوكى لعلاج إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة مجالاً جديداً من تلك المجالات التى بدأ هذا الإتجاه العلاجى يسبر غورها. ومنذ أن تم وضع هذا الإضطراب على أحد المحاور التشخيصية وذلك فى دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الثالثة (١٩٨٠) DSM - III بدأ إستخدام العلاج السلوكى معه إستناداً على الإشتراط الذى تكوّن هذا الإضطراب من خلاله، ثم تطور الأمر إلى إستخدام العلاج المعرفى السلوكى للغرض ذاته. ومع ذلك فلم يعثر المؤلف على دراسات علاجية تناولته لهذا الغرض خلال التسعينيات على الرغم من المحاولات العديدة التى بذلها لذلك والتى وجد من خلالها العديد من الدراسات الوصفية التى تناولت هذا الإضطراب. وعلى الرغم من عرضنا لدراستين إثنتين فقط فى هذا الجزء

فإنهما تؤكدان على فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى هذا الصدد، وهو الأمر الذى يتفق مع مكوناته العلاجية المعرفية والوجدانية والسلوكية الأمر الذى يجعله يهاجم الإضطراب بقوة ثلاثية تساعده على تحقيق الفاعلية.

خامساً: إضطراب الوسواس القهرى Obsessive Compulsive disorder

طبيعة الإضطراب

تقوم الوساوس القهرية على مجموعة إفتراضات لامنطقية، وغالباً ما يشخص إضطراب الوساوس على أنه أفكار مشوشة ومزعجة ومتحكمة وتحدث مصادفة، كما تكون محرضة لتصبح طبيعية وحقيقية. أما السلوك القهرى فهو سلوك علنى يأخذ شكل السلوك المعرفى ويؤدى فيه التتابع بين الأفكار والسلوك بصاحبه إلى آلام وبؤس وإضطراب.

وتعد الوساوس بمثابة أفكار متسلطة ومتواترة، وتخيلات تبدو غير معقولة ولايمكن مقاومتها من قبل الأشخاص الذين تسيطر عليهم. ويكون للوسواس من القوة والتكرار ما يجعله يؤثر على الوظائف العادية للفرد. أما السلوك القهرى فهو إندفاع جبرى لتكرار بعض الطقوس الحركية عدة مرات وذلك بشكل لايتناسب مع الغرض الواضح المراد تحقيقه. وغالباً ما يخاف الفرد من تلك العواقب الوخيمة لعدم قيامه بأداء مثل هذه الطقوس الحركية التى لا يمكنه مقاومة تكرارها على الرغم من تلك المحاولات التى يبذلها فى سبيل ذلك.

ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن هذا الإضطراب يتميز بوجود وساوس على هيئة أفكار أو إندفاعات أو مخاوف، أو بوجود أعراض قهرية على هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية، أو بوجودهما معاً الوساوس والأفعال القهرية. ويكون المريض على يقين بتفاهة مثل هذه الوساوس ولا معقوليتها وأنها لا تستحق منه كل هذا الإهتمام وهو الأمر الذى يميزها عن الضلالات، كما يقوم ببذل المحاولات المستمرة فى سبيل مقاومتها وعدم الإستسلام لها، ولكن طول فترة المرض يضعف من مقاومته تلك. وإلى جانب ذلك فإن المريض يشعر بسيطرة تلك الوساوس

وقوتها القهرية عليه مما يسبب له الشلل الإجتماعى مع آلام نفسية وعقلية شديدة. هذا وتتمثل أعراض إضطراب الوسواس القهرى فى وجود أفكار وسواسية تتمثل فى أفكار أو صور، وإندفاعات، وإجترار أفكار، ومخاوف ليس من الشىء نفسه ولكن مما يمكن أن يترتب عليه أو ينتج عنه، إلى جانب وجود أفعال قهرية تتمثل فى طقوس حركية معينة، مع أفكار وأفعال قهرية مختلطة. وليس من الضرورى ظهور أعراض كثيرة لدى الفرد ليصبح مريضاً بل يكفى فى الواقع وجود عرض واحد لتصنيفه كذلك.

ومن هذا المنطلق يتناول هذا الإضطراب الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية فى زملة واحدة. ومع ذلك فقد توجد الوساوس بدون الأفعال، إلا أن وجود الأفعال يحتم أن يوجد معها وساوس، ويرجع ذلك إلى أنه عندما تتسلط فكرة وسواسية على الفرد فإنه قد يلجأ إلى أساليب معينة حتى يتمكن من خفض حدة القلق، فإذا نجحت تلك الأساليب فى تحقيق ذلك الهدف يتم تثبيتها وتكرارها كلما سيطرت الأفكار الوسواسية عليه مرة أخرى، وبذلك تتحول الفكرة الوسواسية إلى فعل قهرى. وعلى الرغم من أن السلوك القهرى عادة ما يهدف إلى خفض حدة القلق فإن ذلك لا يحدث فى الغالب. ويبدو هذا واضحاً فى حالة أولئك الذين يقومون بالمراجعة القهرية للأشياء كالتأكد مرات عديدة من أنه قد أغلق باب الشقة ليلاً على سبيل المثال، أو الذين يقومون بطرح الأسئلة ولكنهم فى الغالب لا يجدون لها الإجابة المقنعة. ويبدو أن الحد الأقصى من الراحة يتحقق بعد المحاولة الأولى أو السؤال الأول أما المحاولات المتكررة التالية وذلك من التكرار الثانى للأشياء فصاعداً فتعمل على زيادة حدة القلق والشك وليس على خفضها مما يضطره إلى تكرار تلك الأفعال حتى يصل إلى درجة الإنهاك. وجدير بالذكر أن سلوك المراجعة Checking هذا قد يكون غير صريح أو غير واضح للعيان كأن يقوم الفرد بمراجعة مدى تكامل قواه العقلية وذلك باستدعاء الذكريات السابقة والتأكد من أنه لايزال يتذكرها بشكل جيد. كذلك يتسم هؤلاء المرضى بمحاولاتهم الوصول إلى الدقة والإتقان والكمال، إلى جانب ما يتصفون به من شك فى أى

شىء وكل شىء مع أنها تكون شكوك فى غير محلها، كما أنهم يتصفون أيضاً بضميرهم الحى.

ويرى سالكوفيسكز Salkovskis (١٩٨٥) فى نموذجه عن الوساوس أنها عبارة عن معارف مقحمة يفسر المرضى حدوثها ومحتواها على أنها تعد دليلاً على مسئوليتهم عن إلحاق الأذى بأنفسهم أو بالآخرين مالم يقوموا بعمل أى شىء يستطيعون بموجبه أن يتقوها. وقد لاحظ أيضاً أن الأفكار الوسواسية تمثل ظاهرة عامة، ومن ثم فإن وجودها ليس هو الذى يحدد الإضطراب، بل إن إستجابة الفرد لتلك الأفكار هى التى تحدد ذلك. كما أن وجود إفتراضات مختلة وظيفياً يعتبر محدداً هاماً لنواتج تلك الأفكار والتى تتمثل فى القلق والإنزعاج، ومن ثم يعد وجود تلك الأفكار بمثابة مصدر إزعاج لهؤلاء الأفراد حيث تتشابه مثل هذه الأفكار بدرجة كبيرة مع الأفكار الأوتوماتيكية السلبية. كما أن خفض حدة ذلك الإزعاج الذى تسببه تلك الأفكار والذى يحدث على أثر قيام الفرد بسلوك تحييدى يمكن أن نرجعه إلى الإنخفاض المدرك للمسئولية من جانبه، ولذا يصبح من الأكثر إحتمالاً أن يتكرر حدوث المعارف الوسواسية. ومع ذلك يبذل الفرد محاولات عديدة كى يقمع أو يتجنب تلك الأفكار، وتنال تلك المحاولات إهتماماً خاصاً من جانبه. هذا وتتحدد الأفكار المقحمة بدرجة كبيرة عن طريق ما يقبع خلفها من إعتقادات، ولذلك تنال الإعتقادات المرتبطة بالمسئولية والتراخى أو عدم الفاعلية فى نموذج سالكوفيسكز Salkovskis المعرفى السلوكى أهمية كبرى حيث يرى أن الأفراد الذين تضمهم العينات غير الإكلينيكية يعتبرون أنفسهم مسئولين عن كل ما يفعلونه وليس مايفشلون فى عمله وهو الأمر الذى لايستطيع الأفراد الذين تضمهم العينات الإكلينيكية القيام به.

ويرى جايدانو وليوتى Guidano & Liotti (١٩٨٣) أن هناك بنية معرفية جوهرية تعمل على تنظيم المعارف والمعلومات لدى مرضى الوسواس القهرى تتألف

من مجموعة من الإعتقادات حول الكمال والحاجة إلى الدقة ووجود حل صحيح بشكل مطلق. وتكون هذه البنية ثابتة نسبياً، وتعد هى المسئولة عن مدى كبير من الأعراض الوسواسية. وإعتماداً على هذه الفكرة قام وارين وزجورايدز (١٩٩١) Warren & Zgourides بتطوير نموذج للعلاج العقلانى الإنفعالى (السلوكى) للوساوس يستند إلى التعرف على تلك الإعتقادات وتصحيحها حيث يعمل المريض على تحديد تلك الأفكار بدقة ثم يتم تناولها الواحدة بعد الأخرى باستخدام نموذج إليس Ellis.

وهناك حقيقة هامة يجب أن نلفت الأنظار إليها وهى أن الوسواس القهرى يعتبر أحد أصعب الإضطرابات النفسية فى علاجه إذ أنه من المعلوم أن هذا الإضطراب ينشأ نتيجة محاولة إحدى الدوائر الكهربية فى المخ أن تعزل نفسها عن باقى الدوائر التى تقوم بدورها بمقاومة مثل هذه المحاولات، وينعكس ذلك فى إقتناع المريض أن أفكاره تافهة ولا معقولة ومع ذلك يشعر بسيطرتها التامة عليه، وهو الأمر الذى يحتاج إلى التدخل الطبى.

ويرى تاليس (١٩٩٥) Tallis أن من المشكلات الأساسية التى تتعلق بتطبيق العلاج المعرفى السلوكى على المرضى الذين يعانون من الوساوس والأفعال القهرية أن الكثير منهم لايستطيع أن يقرر أى الإعتقادات هى التى تشكل الغرض الأساسى المستهدف بالعلاج أى بالتدخل المعرفى السلوكى. كما يقوم المرضى الذين يعانون من إجترار الأفكار بلى عنق الحوار السقراطى لتقليل أعراضهم المرضية، ولكن ذلك لا يتحقق فى الواقع. كما أن أعراض الوساوس بالنسبة للكثير منهم لاتعدو أن تكون مجرد سلسلة من الأسئلة التقييمية، كذلك فهم لايستطيعون أن يجروا بأنفسهم سوى القليل من التجارب السلوكية.

محكات التشخيص

يحدد DSM - IV أن هذا الإضطراب يتضمن إما الوساوس أو الأفعال القهرية، وأن كلاً منهما يتحدد فى ضوء عدد من الأعراض على النحو التالى:

أولاً: الوساوس Obsession

١ ـ وجود أفكار متكررة وبشكل دائم، كما قد يخبر الفرد إندفاعات أو صوراً فى وقت ما أثناء حدوث الإضطراب على أنها مقحمة وغير ملائمة وتسبب القلق والضيق النفسى بشكل واضح.

٢ ـ لاتعد الأفكار أو الإندفاعات أو الصور بمثابة إنشغال مفرط من جانب الفرد بمشكلات الحياة الواقعية أو الفعلية.

٣ ـ يحاول الفرد أن يتجاهل أو يقمع تلك الأفكار أو الإندفاعات أو الصور أو يقوم بتحييدها أو تحييد أثرها مستخدماً فكرة معينة أخرى أو فعل معين.

٤ ـ يدرك الفرد أن الأفكار الوسواسية أو الإندفاعات أو الصور تعتبر من نسج خياله وأنها ليست مفروضة عليه من الخارج كما يحدث فى حالة إدخال الأفكار thought insertion والتى تعد مظهر فصامياً.

ثانياً: الأفعال القهرية Compulsions

١ ـ حدوث أنماط سلوكية متكررة كغسيل الأيدى، والترتيب، والفحص المتكرر للأشياء، أو حدوث أفعال عقلية متكررة كالتوسل، والعد، والتكرار الصامت للكلمات والتى يشعر الفرد أن عليه أداءها كاستجابة لفكرة متسلطة، أو طبقاً لقواعد ينبغى عليه أن يطبقها بحذافيرها.

٢ ـ يهدف الفرد من جراء قيامه بتلك الأنماط السلوكية أو الأفعال العقلية إلى تجنب حدوث الضيق النفسى أو خفض حدته أو تجنب موقف أو حدث مرعب. ومع ذلك فلا ترتبط تلك السلوكيات أو الأفعال العقلية بما ينبغى منها أن تحيدّ أثره أو تقى منه.

هذا ويدرك الفرد عند مرحلة معينة فى مضمار الإضطراب أن مثل هذه الوساوس أو الإندفاعات مفرطة وغير واقعية. وجدير بالذكر أنها تسبب له الضيق النفسى، وتستهلك وقته حيث تستغرق أكثر من ساعة يومياً، أو تتعارض مع روتين

حياته العادى، وتعطل أداءه الوظيفى المهنى أو الأكاديمى إلى جانب أنشطته الإجتماعية المعتادة أو علاقاته. كما أن هذا الإضطراب لايعود إلى الآثار الفسيولوچية المباشرة لمادة ما كإساءة إستخدام عقار معين، ولا تعود إلى حالة طبية (صحية) عامة.

العلاج المعرفى السلوكى للوساوس والأفعال القهرية

يهدف العلاج المعرفى السلوكى للوساوس والأفعال القهرية بمكوناته المعرفية والوجدانية والسلوكية إلى تخفيف حدة الأعراض المرضية إلى أقصى حد ممكن. وقد تطور هذا العلاج من مجرد التدريب على مهارات التحكم فى الأعراض والسيطرة عليها كغاية فى حد ذاته إلى إستخدام إستراتيچيات تعمل على فحص الإعتقادات القائمة بالفعل وتصحيحها وتعديلها. ويتطلب الأمر إستخدام أسلوب الحوار السقراطى (خاصة مع المرضى الذين يعانون من إجترار الأفكار مع ملاحظة أنهم يمكن أن يقوموا بلى عنق هذا الحوار حتى يقللوا من أعراضهم المرضية) مسبوقاً بعملية تحديد لتلك الأفكار والإعتقادات من خلال المذكرات اليومية للعملاء وفنية مراقبة الذات إلى جانب فنية التعليم النفسى Psychoeducation التى يتم من خلالها إعطاء المعلومات للعملاء عن طبيعة الإضطراب وأسبابه وأعراضه وكيفية المواجهة. كذلك يمكن إستخدام ماوراء المعرفة metacognition (مصطلح يستخدم لوصف المعرفة الذاتية عن العمليات المعرفية) فى هذا الصدد حيث يتم تحديد المعارف الذاتية المختلة وظيفياً ودورها فى حدوث الضيق والألم النفسى المرتبط بتلك الأفكار، ثم العمل على تعديلها.

وإذا كانت الوساوس تعمل كمثيرات للقلق، وتعمل الأفعال القهرية فى الأساس على خفض حدة القلق - وإن كان ذلك لا يحدث ولا تنخفض حدة القلق من جراء ذلك - فإن التعزيز يلعب دوراً هاماً فى هذا الصدد. وإلى جانب ذلك يمكن أن نستخدم الإشراط المضاد للقلق، والتعريض سواء كان تخيلياً أو واقعياً وذلك لمثيرات غير مؤذية تبعث على القلق لكن تحت ظروف مضبوطة مع

منع حدوث الإستجابة. وتعتبر الواجبات المنزلية مجالاً خصباً للتدريب فى هذا الإطار. وإلى جانب ذلك يمكن إستخدام فقد الحساسية المنظم وذلك عن طريق صياغة سلم هرمى لمثيرات القلق بحسب درجة أهميتها ثم التعامل معها تدريجياً وذلك من الأقل إلى الأكثر إثارة للقلق، وتدريب الفرد على الإسترخاء حتى يحدث التغير المعرفى المطلوب. ونظراً لأن مرضى الوساوس القهرية يدركون أن أفكارهم وإعتقاداتهم لاعقلانية فيمكن إستخدام نموذج إليس Ellis المسمى ABCDEوذلك لتعديل تلك الأفكار والإعتقادات وتصحيحها، ومن ثم تعديل البنية المعرفية.

ومن الأساليب والفنيات الفعالة أيضاً فى هذا المجال إجراء وقف الأفكار، وصرف أو تشتيت الإنتباه. وإلى جانب ذلك فقد قدم فان أوبن وأرنتز van Oppen & Arntz (١٩٩٤) تكنيكاً يعتمد على قيام المريض بتقدير إحتمال حدوث كل فكرة أو إعتقاد أو حدث، ثم يقوم بمساعدة المعالج بمقارنتها بإحتمال حدوثها فى الواقع مما يؤدى إلى خفض حدة المأساة التى يخشاها المريض. كما يمكن أيضاً إستخدام إجراء خفض أو تقليل الشك عن طريق إستخدام مثيرات صناعية متميزة كما فعل تاليس (١٩٩٣) Tallis. ومن الإستراتيچيات الأخرى التى تلعب دوراً هاماً فى هذا الإطار التدريب على السلوك التوكيدى وذلك لإستعادة ثقة المريض بنفسه ومساعدته على حل المشكلات التى تواجهه، إلى جانب إستخدام إستراتيچيات التنظيم الذاتى كالقمع خاصة مع الأفكار المشوهة. وجدير بالذكر أن مثل هذه الإستراتيچيات تعمل على إمتداد أثر البرنامج على المدى الطويل حيث تساعد المرضى على مواجهة المشكلات التى قد تصادفهم بعد إنتهاء البرنامج العلاجى وحلها.

ومن الإستراتيچيات الأخرى ذات الأهمية والتى يمكن إستخدامها التدريب على إدارة القلق، ونموذج التشغيل الإنفعالى والذين سبق تناولهما من قبل. وإذا كانت هناك بنية معرفية جوهرية تعمل على تنظيم المعارف والمعلومات لدى مرضى الوسواس القهرى تتألف من مجموعة من الإعتقادات حول الكمال والحاجة إلى

الدقة ووجود حل صحيح بشكل مطلق، فإنه يمكن تعديل تلك البنية باستخدام واحدة من الإستراتيجيتين التاليتين:

١ ـ إستخدام الأسلوب الذى قدمه وارين وزجورايدز (١٩٩١) Warren & Zgourides والذى يعتمد على تحديد الإعتقادات المشوهة وتصحيحها من خلال التعامل معها الواحدة تلو الأخرى فى ضوء إتجاه إليس Ellis. ومن هذه الإعتقادات:

- يجب أن أتخذ القرار الصحيح.
- يجب أن أكون دقيقاً بدرجة تصل إلى الكمال فى تحديد مسئوليتى نحو إلحاق الأذى بأى فرد.
- يجب ألا أعتقد فى أى أفكار غير مقبولة أو أقوم بإندفاعات تتعلق بها.

٢ ـ إستخدام النموذج الذى قدمه يونج (١٩٩٠) Young والمعروف بالعلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول البنية المعرفية والذى تم تناوله من قبل.

هذا ويمكن إستخدام بعض المقاييس النفسية فى هذا الصدد، ومن أمثلة تلك المقاييس ما يلى:

- مقياس لايتون للوساوس The Leyton Obsessional Inventory الذى أعده كوبر (١٩٧٠) Cooper وهو عبارة عن تقرير ذاتى يتألف من ٦٩ عبارة ويقيس مدى كبير من السمات والأعراض الوسواسية، ويعطى درجات إضافية لمقاومة الفرد لها، ومدى مضايقتها له.

- مقياس مودسلى للوسواس القهرىThe Maudsley Obsessional Compulsive Inventory الذى أعده هودجسون وراتشمان Hodgson & Rachman(١٩٧٧) وهو عبارة عن إستبيان للتقدير الذاتى يتألف من ثلاثين عبارة ويميز بين مرضى الوسواس القهرى وغيره من إضطرابات القلق. ويعتمد فى تطبيقه على تحديد ما إذا كانت العبارة صحيحة أم خاطئة.

- مقياس بادوا The Padua Inventory من إعداد سانافيو (١٩٨٨) Sanavio ويتألف من ستين عبارة على مقياس متدرج من صفر إلى أربع نقاط لتوضيح درجة الإضطراب.

- مقياس ييل - براون للوسواس القهرى-The Yale - Brown Obsessive Compulsive Scale الذى أعده جودمان وآخرون (١٩٨٩) Goodman et. al لتحديد عدد الأعراض الوسواسية ومدى حدتها وذلك على مقياس متدرج من صفر إلى أربع نقاط، ويتألف من عشر عبارات تتعلق العباراة الخمس الأولى منها بالوساوس والعبارات الخمس الثانية بالأفعال القهرية. كما يعطى درجة إضافية لمدى مقاومة المريض لها.

- مقياس الأفكار المقحمة The Intrusive Thoughts Questionnaire من إعداد إدواردز وديكرسون (١٩٨٧) Edwards & Dickerson ويضم ٢٢ عبارة.

- مقياس الإعتقادات المرتبطة بالوساوس The Inventory of beliefs related to obsessions الذى أعده فريسون وآخرون (١٩٩٣) Freeson et. al ويتألف من عشرين عبارة على مقياس متدرج من ست نقاط تتراوح بين «أعتقد بشدة فى صحة هذه العبارة» إلى «أعتقد بشدة فى خطأ هذه العبارة».

- قائمة الأفكار الوسواسية The obsessive Thoughts Checklist من إعداد بوفارد وآخرين (١٩٩٠) Bouvard et. al وتضم ٢٨ عبارة على مقياس متدرج من صفر إلى أربع نقاط وذلك لبيان مدى حدتها.

دراسات تطبيقية

أجرى إميلكامب وآخرون (١٩٨٨) Emmelkamp et. al دراسة على ثمانية عشر مريضاً يعانون من الإضطراب القهرى الوسواسى، وقارنوا بين أسلوب العلاج العقلانى الإنفعالى الذى يعتمد على تغيير الأفكار اللاعقلانية وبين العلاج

السلوكى باستخدام التعريض ومنع الإستجابة. وإستغرق البرنامج العلاجى إثنى عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً. وتم تقسيم المرضى إلى مجموعتين متساويتين فى العدد طبق على كل منهما أحد الأسلوبين المستخدمين. وأوضحت النتائج حدوث تحسن دال لكلا المجموعتين. كما دلت التقارير الذاتية على حدوث تحسن للمرضى من القلق والإكتئاب المصاحبين مع حدوث قدر أكبر من التحسن بالنسبة للإكتئاب وذلك للمجموعة التى تلقت العلاج العقلانى الإنفعالى. وأجرى إميلكامب وبينز (١٩٩١) Emmelkamp & Beens دراسة على ٢١ مريضاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين؛ ضمت الأولى أحد عشر مريضاً وطبق عليها أسلوب العلاج العقلانى الإنفعالى، فى حين ضمت المجموعة الثانية عشرة مرضى وطبق عليها إجراء التعريض ومنع الإستجابة، وبعد ستة أسابيع (ست جلسات) أوضحت النتائج حدوث تحسن دال لكلا المجموعتين بالنسبة لأعراض الوساوس والأفكار اللاعقلانية والقلق المصاحب مع عدم وجود فروق دالة بينهما. وبعد إنتظار أربعة أسابيع تم إضافة التعريض ومنع الإستجابة إلى العلاج العقلانى الإنفعالى فى أسلوب واحد تم تطبيقه لمدة ستة أسابيع على أفراد المجموعتين، وأوضحت النتائج حدوث تحسن دال لدى أفراد المجموعتين مع عدم وجود فروق دالة بينهما. كما أوضحت نتائج المتابعة بعد ستة شهور من إنتهاء البرنامج عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين فى معدل التحسن حيث كان لايزال هناك تحسن مستمر لهم.

ودرس تاليس (١٩٩٣) Tallis ثلاث حالات تعانى من المراجعة المستمرة للأبواب والأقفال مستخدماً إجراء خفض أو تقليل الشك والذى إستخدم فيه مثيرات صناعية متميزة، فكان يعطى للمرضى بطاقات ملونة لأشكال هندسية مختلفة. وعلى الرغم من أن كل شكل هندسى (الدوائر مثلاً) يحمل نفس اللون (الأخضر مثلاً) فإنه يتضمن مجموعة من نفس الشكل تختلف فى الحجم لتمثل متصلاً متدرجاً (دوائر خضراء كبيرة جداً XL - كبيرة L - متوسطة M - صغيرة S -

صغيرة جداً VS). وكان يطلب من المرضى أن يربطوا ذهنياً أنماط السلوك المستهدفة (قفل الأبواب على سبيل المثال) بالأشكال الكبيرة L أولاً ثم يستخدموا الأشكال الأصغر بعد ذلك. وبالتالى يتم خفض أى شك ينتج عن طريق تكوين صورة عقلية للشكل المتميز الذى يتم إستخدامه فى ذلك الوقت. وقد أدى هذا الخفض المتدرج للشك من خلال تغيير حجم المثير إلى زيادة إحتمالات التحسن بعد إنتهاء البرنامج، فقل لدى الحالات الثلاث سلوك المراجعة المستمرة للأبواب والأقفال وذلك بدرجة كبيرة خلال فترة المتابعة التى إستمرت لمدة عام، وإختفى هذا السلوك تماماً لدى حالة واحدة من هذه الحالات. وقد أرجع تاليس Tallis فعالية هذا الأسلوب إلى زيادة ثقة الفرد فى الذاكرة والتى تتوسط تكوين الصورة العقلية.

وأجرى فان أوبن (١٩٩٤) van Oppen دراسة على ٥٧ مريضاً يعانون من الوساوس قسمهم إلى مجموعتين مستخدماً العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى مع المجموعة الأولى (ن = ٢٨) والعلاج السلوكى باستخدام إجراء التعريض ومنع الإستجابة مع المجموعة الثانية (ن = ٢٩). وتراوحت أعمار أفراد العينة بين ١٨ - ٦٥ سنة وتمت المجانسة بينهم فى متغيرات الجنس والسن والحالة الإجتماعية ومستوى التعليم ومدة المعاناة من المرض، حيث كانوا يعانون جميعاً من وساوس وأفعال قهرية مع مدة معاناة من المرض لاتقل عن سنة بحد أدنى، ولا يعانون من أى إضطراب عقلى عضوى أو تخلف عقلى أو إضطراب ذهانى، ولم يتلقوا أى علاج سلوكى أو معرفى سلوكى خلال الشهور الستة السابقة للدراسة، كما لم يستخدموا أى مضادات للإكتئاب خلال نفس الفترة. وتضمن البرنامج العلاجى لكلا المجموعتين ست عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً تم تسجيلها جميعاً على شرائط فيديو. وتم إستخدام مقياس للقلق، وقائمة أعراض الوساوس، ومقياس الأفكار اللاعقلانية تم تطبيقها قبل وبعد البرنامج. وأوضحت نتائج الدراسة حدوث تحسن دال لكلا المجموعتين على كل المقاييس باستثناء قائمة أعراض الوساوس ومقياس الأفكار اللاعقلانية بالنسبة للمجموعة التى تلقت

العلاج السلوكى، وهو ما يؤكد أن العلاج المعرفى السلوكى أكثر فاعلية من العلاج السلوكى فى علاج الوساوس والأفعال القهرية.

وقام محمد سعفان (١٩٩٦) بإجراء دراسة عن فعالية برنامج علاجى يتكون من إعادة البناء المعرفى والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية فى علاج الوساوس والأفعال القهرية على حالة واحدة لمريض فى السادسة والعشرين من عمره يعانى من سيطرة الأفكار والأفعال القهرية التى تظهر فى طقوس الإغتسال والإنشغال والشك فى إتمام الصلاة على الوجه الصحيح، ومراجعة الأبواب والأقفال، والشك فى دقة وصحة معاملاته مع الآخرين. وتم إستخدام إستراتيچيات إكلينيكية تشخيصية تقوم على المقابلة الشخصية، ومقياس السيكاثينيا (من إختبار الشخصية المتعدد الأوجه)، وإختبار ساكس لتكملة الجمل الناقصة، إلى جانب إختبار تفهم الموضوع. كما إستخدام إستراتيچيات علاجية تستهدف تعديل البنية المعرفية للمريض من خلال ثمانى عشرة جلسة علاجية بواقع جلستين أسبوعياً إستخدم فيها فنيات الإستبصار، وربط المعرفة بالإنفعال، وربط الماضى بالحاضر، وصرف التفكير، وإيقاف الأفكار، والواجبات المنزلية، والتغذية الرجعية لتدريب المريض على إدراك العلاقة بين أفكاره وأفعاله القهرية. وكشفت نتائج الدراسة الإكلينيكية عن إرتفاع درجة السيكاثينيا، ووجود قلق يتعلق بالأب، وإضطراب العلاقات الأسرية، وكذا إضطراب الإتجاه نحو المرأة، وكثرة المخاوف تجاه الآخرين وتجاه المستقبل وتجاه قدراته الذاتية. كما كشفت النتائج فى المستوى الأعمق عن كثرة التفكير التجريدى والتأملى وكثرة التشكك والتردد وطرح الإحتمالات وإضطراب العلاقة بالأم، وكثرة إستخدام ميكانيزمات العزل والكبت والخوف من العقاب، وتوقع الفشل والشر والكوارث، والإنشغال فى الفكر وظهور الأفكار الإتهامية. أما عن نتائج البرنامج العلاجى فقد كشفت نتائج القياس البعدى والتقرير الذاتى للحالة أن البرنامج العلاجى كان له فعالية خاصة على مستوى ضبط الأفعال القهرية، وعلى مستوى البناء المعرفى المرتبط بالوساوس والأفعال القهرية. كما كشفت نتائج المتابعة العلاجية التى تمت بعد إنتهاء البرنامج على

مرحلتين بفاصل زمنى قدره ستة شهور من خلال التقرير الذاتى للمريض أنه يتعامل بنجاح مع أعراضه المرضية عن طريق مهاجمتها، كما أنه أصبح متفهماً لتلك الأسباب التى كانت تقف وراء أعراضه مما يدل على عدم إنتكاس المريض. وهذا يؤكد فعالية البرنامج العلاجى فى تعديل الأفكار والأفعال الوسواسية.

تعليق

بنظرة عامة على الدراسات التى قامت على علاج الوساوس والأفعال القهرية يتضح أن دراسات إميلكامب وآخرين (١٩٨٨) Emmelkamp et. al وإميلكامب وبينز (١٩٩١) Emmelkamp & Beens وفان أوبن (١٩٩٤) van Oppen قد إستخدمت العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى والعلاج السلوكى متمثلاً فى إجراء التعريض ومنع الإستجابة. وفى حين أوضحت نتائج هذه الدراسات عدم وجود فروق دالة بين هذين الأسلوبين العلاجيين أوضحت نتائج دراسة فان أوبنvan Oppen تفوق العلاج المعرفى السلوكى على العلاج السلوكى فى هذا الصدد. ومن ناحية أخرى إستخدم تاليس (١٩٩٣) Tallis إجراء خفض أو تقليل الشك والذى يقوم على إستخدام مثيرات صناعية متميزة تتدرج فى الحجم مما يؤدى إلى إثارة الذاكرة لتقوم بدور فاعل فى تكوين الصور العقلية. وإستخدم سعفان (١٩٩٦) فى دراسته فنيات المناقشة، وإعادة البناء المعرفى، وصرف التفكير، ووقف الأفكار، والواجبات المنزلية، والتغذية الرجعية. وتؤكد نتائج هذه الدراسات فى مجملها فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لعلاج الوساوس والأفعال القهرية حيث كشفت عن إنخفاض حدة الأعراض المرضية لدى المرضى بعد العلاج وربما إختفائها تماماً فى بعض الحالات. وجدير بالذكر أن فاعلية هذا الأسلوب العلاجى قد ترجع إلى مايضمه من إستراتيجيات متنوعة يتعامل من خلالها مع الأفكار والمشاعر والأفعال، إلى جانب إستراتيجيات المواجهة التى تساعد المريض فى التصدى لما قد يصادفه من مشكلات بعد إنتهاء البرنامج العلاجى. .

* * *

الآلام المزمنة

طبيعة الآلام المزمنة وتشخيصها Cnronic Pains

شهدت السنوات القليلة الماضية زيادة كبيرة فى كم الآلام المزمنة وأعداد المرضى الذين يعانون من مثل هذه الآلام. وربما يرجع ذلك إلى التعقد الحضارى والثقافى والتغيرات السريعة التى شهدتها المجتمعات فى تلك الآونة مع تبدد كثير من القيم وتبدل بعضها الآخر فى كثير من الأحيان حيث إختفت قيم كانت سائدة، وظهرت قيم أخرى لم يكن لها وجود من قبل، وتبدلت قيم ثالثة وتحورت عما كانت عليه فى سالف عهدها لدرجة ربما تكون قد أوصلت بعضها إلى النقيض مما كانت عليه سابقاً، فظهرت النفعية والأنامالية، وإرتدى النفاق ثوب المجاملة، وإزداد الزيف، وإنتشرت الرشوة والفساد والمحسوبية وغيرها. وفى ظل هذه الظروف إستطاع البعض بطبيعة الحال أن يساير تلك القيم وأن يكيف نفسه وفقاً لها، فى حين لم يستطع البعض الآخر أن يفعل من ذلك شيئاً فبدت على البعض منهم أشكال من الإضطرابات والآلام الجسمية التى لم يعهد مثلها من قبل، وتكررت معهم بشكل أصبح مزمناً ويضطرهم للذهاب إلى العديد من الأطباء وإجراء العديد من الفحوص الطبية والأشعة المختلفة.

ويرى البعض أن هذه الآلام المزمنة التى لا ترجع إلى سبب عضوى واضح تعتبر بمثابة أعراض هستيرية قد يكون الدافع من ورائها هو الحصول على منفعة خاصة، أو جلب الإهتمام، أو الهروب من موقف خطير، أو تركيز الإهتمام على الفرد كحماية له من الإجهاد الشديد. ويكون الأفراد الذين يعانون من مثل هذه الآلام أكثر عرضة للإيحاء من غيرهم، ومن ثم يتأثرون بالأحداث اليومية والأخبار المثيرة بشكل سريع، ويتفاعلون مع هذه المؤثرات بنفس السرعة، ويهتمون كثيراً بما

يقال من حولهم. بينما يرى البعض الآخر أنه لا تكون كل تلك الآلام هستيرية إذ أنها قد ترجع إلى مرور الفرد بأزمة وجدانية أو إجتماعية أو إقتصادية على سبيل المثال. ويتضح ذلك من عدم وجود أى علامات عضوية عند إجراء الكشف الطبى على المريض.

ومن هذا المنطلق يحرص الباحثون عند إجراء الدراسات حول هذا الموضوع على أن يتم إختيار أفراد العينات التى يجرون عليها تلك الدراسات بشكل دقيق يتطلب أن يتم هذا الإختيار فى ضوء عدد من الأسس والمعايير التى تضمن عدم وجود أساس عضوى يمكن أن ترجع إليه مثل هذه الآلام، وذلك على النحو التالى:

١ ـ عدم وجود سبب عضوى واضح عند إجراء الكشف الطبى على المريض ترجع إليه مثل هذه الآلام أو يكون هو السبب فى حدوثها وتكرارها.

٢ ـ عدم وجود إضطراب سيكاترى أو مشكلات ذات أساس عصبى تستوجب حدوث تلك الآلام بالشكل الذى تكون عليه.

٣ ـ الشعور بنوع واحد من هذه الآلام، مع الوضع فى الإعتبار أنه قد يوجد أحياناً تلازم مرضى بين نوعين منها.

٤ ـ تكرار حدوث الألم للفرد لمدة ثلاثة أيام فى الأسبوع على الأقل ولمدة لاتقل عن سنة واحدة بأى حال من الأحوال على أن يكون هذا الألم متكرراً أى يظهر فى حالة نوبات يزداد أحياناً ويقل أحياناً أخرى يتخللها فترات قد يشعر فيها المريض وكأن نوعاً من التحسن قد طرأ عليه.

٥ ـ تشخيص طبى من جانب أحد الأطباء المتخصصين يفيد بوجود ذلك الألم ويحدده.

٦ ـ تقرير من أحد الأخصائيين النفسيين يفيد بتكرار هذا الألم.

٧ ـ إستمرار المريض فى تعاطى العقاقير المضادة خلال فترة الألم، ولذا يشترط

الإمتناع عن تناول تلك العقاقير قبل بداية برنامج العلاج النفسى بوقت كاف حدده البعض بثلاثة شهور.

أما عن المحكات التشخيصية التى يتم فى ضوئها تشخيص مثل هذه الآلام الجسمية المزمنة فإن DSM - IV يحدد عدداً من المحكات اللازمة لتشخيص تلك الآلام، وذلك على النحو التالى:

أولاً: حدوث ألم فى جزء من أجزاء الجسم يمثل المحور الأساسى للتركيز فى التشخيص الإكلينيكى، وأن يكون ذلك الألم من الشدة والحدة بما يكفى لجلب الإهتمام إكلينيكياً.

ثانياً: أن يسبب هذا الألم قدراً كبيراً من الكرب له دلالته ومغزاه من الناحية الإكلينيكية، أو يسبب خللاً فى أداء الفرد الوظيفى الإجتماعى أو المهنى أو غيره من مجالات الأداء الوظيفى ذات الأهمية.

ثالثاً: أن تلعب العوامل النفسية الدور الهام والرئيسى فى حدوث تلك الآلام، وفى شدتها، وتفاقمها، أو فى بقاء ذلك الألم وإستمراره.

رابعاً: لايظهر هذا الألم أو ذلك العرض عن قصد من جانب المريض، ولايدّعى المريض حدوثه متعمداً أو يتصنع ذلك كما هو الحال فى إضطراب التكلف Factitious disorder أو التمارض. malingering

خامساً: لايرجع هذا الألم إلى أى إضطراب وجدانى كالإكتئاب أو الهوس، ولايرجع إلى القلق، كما لا يرجع إلى أى إضطراب ذهانى آخر، ولاتنطبق عليه المحكات الخاصة بأى من هذه الإضطرابات.

سادساً: يكون هذا الألم إما حاداً أو مزمناً. والآلام الحادة هى تلك الآلام التى تستمر لدى المريض لمدة لاتصل إلى ستة شهور، بينما تكون الآلام مزمنة إذا إستمرت لدى المريض لمدة ستة شهور فأكثر.

العلاج المعرفى السلوكى للآلام المزمنة

لايزال إستخدام أساليب العلاج النفسى وخاصة العلاج المعرفى السلوكى لعلاج الآلام المزمنة فى مراحله الأولى حيث كان يقتصر على علاجها من قبل باستخدام العقاقير والتى حققت نتائج إيجابية وفعالة فى هذا الصدد. وبدأ إستخدام العلاج النفسى فى علاج مثل هذه الآلام بالتدريب على الإسترخاء، ثم أضيف إليه بعد ذلك التغذية الرجعية الحيوية biofeed back وكانت نتائجها فعالة إلى حد كبير ولكنها كانت مرهقة للمعالج، فبدأ العديد من الباحثين مؤخراً فى التركيز على تلك الأساليب التى يمكن إستخدامها لتعزيز فاعلية التدريب على الإسترخاء، ووجدوا أنه يمكن تعزيز هذا الأسلوب باستخدام العلاج المعرفى السلوكى بقصد التخلص من الشد العصبى المصاحب، إلى جانب أنه يمكن أن يتم جزء من التدريب من جانب العميل (وليس المعالج) فى المنزل على هيئة واجبات منزلية والتى يمكن أن يستخدم العميل لإنجازها كتيبات خاصة أو شرائط تسجيل لإرشاده فى تعلم وتنفيذ تدريبات الإسترخاء ومهارات المواجهة المعرفية، وبالتالى يقلل من زيارات المريض للطبيب أو المعالج ومراجعته، وهو الأمر الذى يعتبر ميزة كبيرة فى هذا الإتجاه.

وقد أكدت نتائج الدراسات التى إستخدمت العلاج المعرفى السلوكى أو أسلوب التدريب على الإسترخاء مضافاً إليه التغذية الرجعية الحيوية أن هذه الأساليب تعد أساليب فعالة فى علاج الآلام المزمنة المختلفة، ولكن يؤخذ على العديد من هذه الدراسات أنها لم تتناول الجوانب الثلاثة التى يعتقد أنها تتصل بمثل هذه الآلام، وهى الجانب اللفظى الذى يمثل الشق الذاتى فى هذه الآلام، والجانب الحركى الذى يمثل الشق السلوكى فيها، والجانب الفسيولوچى الذى يمثل شقها العضوى. كما أن عدد الدراسات التى تناولت أساليب العلاج النفسى فى علاج مثل هذه الآلام المزمنة لايزال قليلاً مما يجعلنا نحتاج إلى أن نتأكد من مدى فاعلية مثل هذه الأساليب المتبعة فى العلاج النفسى فى هذا الصدد.

وفى حقيقة الأمر يعتمد إستخدام أساليب العلاج النفسى لعلاج مثل هذه الآلام على ما يرتبط بتلك الآلام من نتائج يحصل عليها المريض كالحصول على تعاطف الآخرين معه، وجلب إهتمامهم به، وتجنب قيامه بالأنشطة غير المفضلة له خاصة إذا كان لايزال صغيراً فى السن، وجميعها تعمل كمعززات لسلوك الألم. وبالتالى يرى العديد من الباحثين أنه يمكن تدريب المرضى على مهارات التنظيم أو الضبط الذاتى للسلوك مثل التدريب على الإسترخاء، وأساليب المواجهة المعرفية، والتعليم الذاتى، وصرف الإنتباه، وإعادة البناء المعرفى، والتخيل الإيجابى، والتدريب على حل المشكلات، وهو مايزيد من قدرة المريض على التحكم فى الألم أو السيطرة عليه.

هذا ونحن نرى أنه يمكننا فى هذا الإطار أن نستفيد من نموذج التشغيل الإنفعالى بما يضمه من فنيات لفقد الحساسية المنظم، والغمر، والتدريب على التعود، وما يتطلبه من التعريض ومنع الإستجابة سواء كان ذلك التعريض تخيلياً أو واقعياً من خلال مثيرات غير مؤذية يتم اللجوء إليها فى ظل ظروف مضبوطة وتحت إشراف مباشر من المعالج.

ومن ناحية أخرى إذا كانت نتائج الدراسات التى أجريت فى هذا الميدان لاتزال تؤكد أن العلاج الطبى يعد هو الأكثر فاعلية، فإنه يمكن القول هنا أن بإمكاننا أن نلجأ إلى الإتجاه التكاملى فى العلاج النفسى وهو الأمر الذى يطالب به الكثيرون والذى يرى أن بإمكاننا أن نستخدم أكثر من أسلوب علاجى واحد فى ذات الوقت، وهو ما يدعونا إلى إستخدام العلاج بالعقاقير جنباً إلى جنب مع العلاج المعرفى السلوكى مما قد يضيف إلى فاعليته.

كذلك تؤكد نتائج الدراسات أن آثار العلاج أو الأسلوب العلاجى المستخدم تبدو واضحة خلال الدراسة التتبعية، وهذا يؤكد على ضرورة أن يتضمن البرنامج العلاجى فترة متابعة يتم خلالها تقييم أثر ذلك الأسلوب العلاجى المستخدم على الألم المزمن. ونظراً لأن التدريب على مهارات الإسترخاء خلال البرنامج يرتبط

بشكل دال بتلك النتائج التى يتم الحصول عليها بعد فترة متابعة تستمر ستة أشهر بعد إنتهاء البرنامج العلاجى، فمن المحتمل أن يكون قصر مدة البرنامج العلاجى نوعاً ما له فاعليته وأثره الواضح من خلال الممارسة المستمرة لمثل هذه التدريبات.

ومن الجدير بالذكر أنه يمكن التنبؤ بنتائج العلاج المعرفى السلوكى من خلال تلك المتغيرات المعرفية المتضمنة، وهو ما يؤكد على أهمية تقييم المستويات الثلاثة للسلوك المرتبط بالألم، وهذا ما يتفوق به العلاج المعرفى السلوكى على سواه من العلاجات النفسية الأخرى حيث يعتمد بشكل أساسى على تقييم تلك المكونات المعرفية والوجدانية والسلوكية للإضطراب، ويتعامل معها بما يضمه من فنيات متعددة ومتنوعة. وإلى جانب ذلك يجب التركيز أيضاً على الأعراض المرتبطة بالألم وعلى الميكانيزمات الفسيولوچية المولدة للألم والمسببة له، وهو ما يمكن أن يؤدى إلى تحقيق نتائج جيدة فى هذا الصدد. أما المتغيرات الطبية على الجانب الآخر فإن نتائج الدراسات التى تناولتها قد أكدت على أن لها قدرة تنبؤية بسيطة بالنتائج التى يتم التوصل إليها. وربما يرجع ذلك إلى اللجوء إلى محكات معينة يتم فى ضوئها إستبعاد بعض المرضى من عينات الدراسة وهم أولئك الذين ترجع تلك الآلام لديهم إلى أسباب عضوية.

وعلاوة على ذلك فإنه لاتوجد سوى دراسات قليلة فقط تم من خلالها إجراء المقارنة بين فعالية أساليب مختلفة للعلاج النفسى فى هذا الصدد. وعلى ذلك فإن الفاعلية الفارقة للأنماط المختلفة من هذه العلاجات وذلك لمختلف الآلام المزمنة لاتزال فى حاجة إلى تحديد دقيق لها، ولن يتأتى ذلك إلا من خلال إجراء المزيد من الدراسات وهو الأمر الذى يجب أن نوليه مزيداً من الإهتمام خلال السنوات القليلة القادمة.

نماذج للآلام المزمنة وكيفية إستخدام العلاج المعرفى السلوكى لعلاجها

سوف نعرض خلال هذا الجزء لثلاثة نماذج مختلفة للآلام المزمنة هى آلام الجهاز العضلى والهيكلى، والصداع المزمن، وآلام البطن غير المحددة ونوضح مع كل

نموذج كيف يتم إستخدام العلاج المعرفى السلوكى معه وذلك من خلال ما تم إجراؤه فى هذا المجال من دراسات، وهو الأمر الذى يمكن أن يفيد كثيراً عند إجراء دراسات مستقبلية فى هذا الميدان.

١ ـ آلام الجهاز العضلى والهيكلى العظمى

يتألف الهيكل العظمى لجسم الإنسان من جزئين أساسيين؛ أولهما هو الهيكل المحورى ويضم الجمجمة والعمود الفقرى والقفص الصدرى، أما الثانى فهو الهيكل الطرفى ويضم الطرفين العلويين والطرفين السفليين. ويساعد هذا الهيكل فى حركة الجسم عن طريق المفاصل والعضلات. وتتمثل أكثر الآلام المرتبطة بهذا الجهاز شيوعاً فى آلام الظهر أو العمود الفقرى وآلام الفكين.

وقد راعت الدراسات التى تم إجراؤها فى هذا الصدد القيام بتقييم طبى للمرضى، ثم تقييم المستويات الثلاثة للسلوك المرتبط بالألم، ثم تطبيق برنامج العلاج النفسى وذلك على النحو التالى:

أولاً: التقييم الطبى:

يتضمن التقييم الطبى للآلام المزمنة وخاصة ما يتعلق منها بالعظام وآلام الظهر المزمنة Chronic back pain تقييماً لتلك العظام يعتمد على النماذج الباثولوجية التى قدمها رودى وآخرون (١٩٩٠) Rudy et. al. ويتضمن هذا التقييم حركة العمود الفقرى، والأشعة السينية X rays، والأشعة المقطعية CAT Scans على الجزء الذى يرى المريض أنه هو الذى يسبب الألم، ومقاييس الشد العصبى وطريقة المشى، وأوجه القصور فى الحركة، والمشكلات العصبية. وبالنسبة لمرضى الآلام المزمنة فى الفك Chronic temporomandibular pain يتضمن التقييم تفحص موضع الألم باللمس، وفحص العضلات، والأشعة السينية والمقطعية، وفحص الأسنان.

ثانياً: فحص المستويات السلوكية المرتبطة بالألم:

أ ـ المستوى اللفظى (الشق الذاتى):

ويتضمن مقابلة للتقييم الشامل للألم، ومقياس وست هافين ـ ييل للألم متعدد الأبعاد West Haven - Yale Multidimensional pain Inventory ومقياس بيك للإكتئاب، وتقارير ذاتية عن الألم، ومقياس السيطرة على الألم، ومذكرات يومية للمريض عن الألم. وإلى جانب ذلك يتم تقييم للألم والضغوط والحالة الإنفعالية للمريض، ومدى تعاطيه للعلاج الطبى وذلك على مدى أسبوعين قبل بداية برنامج العلاج النفسى، وخلال مضمار هذا العلاج، وبعد أسبوع من نهاية البرنامج العلاجى. يلى ذلك متابعة للمرة الأولى وذلك بعد ستة شهور من إنتهاء العلاج، ثم للمرة الثانية وذلك بعد ثمانية عشر شهراً.

ب ـ المستوى الحركى (السلوكى):

ويتم خلاله تقييم مدى تعاطى العلاج الطبى من خلال يوميات المريض المرتبطة بالألم. ومع ذلك فنظراً لأن ثلث المرضى تقريباً يستخدمون مسكنات للألم أو مهدئات analgesics بإنتظام فلا يعتبر خفض معدل العلاج الطبى (الدواء) مقياساً للنتيجة الإيجابية، ولذا يجب أن يتم تقييم المستوى العام للنشاط. كما يمكن إستخدام مقياس جامعة توبنجين (بألمانيا) T ü bengin للسلوك المرضى T ü bengin pain Behavior Scale وذلك للحصول على تقدير عام لسلوكيات الألم وذلك من خلال تقدير أحد عشر نمطاً سلوكياً من السلوكيات المرتبطة بالألم على مقياس متدرج من صفر إلى درجتين. وإضافة إلى ذلك هناك مهام مختلفة للأداء الوظيفى يؤديها المرضى ويتم تسجيلها على شرائط فيديو. كذلك يتم إستخدام ملاحظة مقننة للسلوك، كما يتم سؤال المرضى عن عدد مرات ترددهم على الطبيب خلال الأشهر الثلاثة السابقة لبداية العلاج النفسى، ويعد هذا مقياساً لمدى إستخدام المريض لنظام الرعاية الطبية وإستفادته منه.

جـ ـ المستوى الفسيولوجى (العضوى):

ويتم خلاله تسجيل مستويات التخطيط الكهربى electromyographic (EMG) فى موضع الألم وذلك إعتماداً على التشخيص المبدئى. كما يتم تسجيل مدى النشاط الزائد فى الجانب الأيسر بالمخ وذلك من خلال خط قاعدى لدقيقتين راحة وإضافة مهام تخيلية تستغرق دقيقة وتتضمن صوراً لموقف محايد وآخر يتضمن ضغوطاً شخصية. هذا ويعرف مدى نشاط الجانب الأيسر من المخ وتفاعله مع الضغوط على أنه مقدار التغير عن الخط القاعدى خلال مهمة تخيلية تستغرق دقيقة واحدة.

ثالثاً: برنامج العلاج النفسى:

وفيما يتعلق بالعلاج النفسى فإنه يشترط لتقديمه ألا تكون هناك أسباب عضوية لهذه الآلام، ولذلك يتم إستبعاد المرضى من عينات الدراسة فى ضوء عدد من المحكات كما يلى:

أ ـ وجود إلتهابات معينة تكون هى المسئولة عن الألم كالإلتهابات الروماتيزمية على سبيل المثال.

ب ـ وجود مشكلات ذات أساس عصبى لدى المريض كإلتهاب جذور الأعصاب أو عدم القدرة على القيام بالأداء الوظيفى الحسى أو الحركى.

جـ ـ لاتقل مدة الألم عن أربعة شهور.

د ـ أن تكون المريضة حاملاً.

هـ ـ حدوث تلازم مرضى بين نوعين من الألم كآلام الظهر وآلام الفك على سبيل المثال.

و ـ وجود إضطراب سيكاترى.

أما عن البرامج العلاجية المستخدمة فغالباً ما يتألف البرنامج من ثمانى أو عشر جلسات مدة كل منها ساعة واحدة. ومن أكثر الفنيات المستخدمة شيوعاً الإسترخاء

حيث يتم تدريب المرضى على عمل إسترخاء لعضلات الظهر والفك قدر المستطاع حتى يتخلصوا من توتر الأعصاب أو الشد العصبى. كذلك يتم إستخدام ضبط النفس Self - Control والتخيل المعرفى حيث يطلب من المريض أن يقوم بتخيل حدث ضاغط من أحداث الحياة أو وضع معين posture يسبب مشكلة بالنسبة له وأن يستمر فى ذلك ويعمل على ضبط النفس حتى يتمكن من الوصول إلى الوضع الذى يقلل من التوتر، وتستمر هذه المحاولة لمدة دقيقتين.

وتلعب فنية المناقشة دوراً هاماً خلال البرنامج حيث تستخدم لتوضيح العلاقة بين الضغوط والشد العصبى والألم. وتمثل الواجبات المنزلية ركنا هاماً من أركان العلاج النفسى للآلام المزمنة، وتتضمن تلك الواجبات تمارين لإدراك الشد العصبى وخفض حدته، ويطلب من المرضى أن يقوموا بأداء تلك التمرينات على فترات قصيرة أثناء اليوم، ولذلك تتضمن تلك الواجبات القيام بالسيطرة على الشد العصبى الذى يمكن أن يحدث لهؤلاء المرضى فى منازلهم.

وإلى جانب تمارين الإسترخاء تتضمن إستراتيجيات المواجهة التدريب على مهارة حل المشكلات، والتدريب على مهارات مواجهة الألم مثل صرف الإنتباه، وإستخدام التعبيرات الذاتية الإيجابية. ولهذه الإستراتيجيات أهميتها القصوى فى تمكين المريض من مواجهة ماقد يصادفه من مشكلات بعد إنتهاء البرنامج مما يعمل على تجنب حدوث إنتكاسة.

وإلى جانب ذلك هناك علاج طبى يتضمن إستخدام المسكنات أو المهدئات أو العقاقير المخففة للتوتر العضلى، وهذا هو الهدف الأساسى من إستخدام تلك العقاقير، ولكن يمكن أن يتم الإستغناء عنها تدريجياً مع تطور العلاج النفسى وتمكن المريض من إستخدام فنياته بشكل جيد وبنجاح، وتحقيقه لقدر جيد من التحسن من جراء ذلك.

٢ ـ الصداع المزمن

شهدت السنوات القليلة الماضية تطوراً كبيراً فيما يتعلق باللجوء إلى التدخلات

المختلفة سواء الطبية بإستخدام العقاقير أو غير الطبية من خلال أنماط مختلفة من العلاج النفسى وذلك للوقاية من الصداع المتكرر. ومع ذلك فلا توجد هناك مقارنة مباشرة بين مدى فاعلية تلك الأساليب العلاجية الطبية منها وغير الطبية بإستثناء تلك الدراسة التى أجراها بايفا وآخرون (١٩٨٢) Paiva et. al والتى قارنوا فيها بين مدى فاعلية التغذية الرجعية الحيوية باستخدام التخطيط الكهربى وبين عقار ديازيبام diazepam الذى كان يتم تعاطيه بجرعة غير محددة. ونظراً لأن هذا العقار غير مقبول كعلاج للصداع المزمن فلايتم الرجوع إلى تلك الدراسة ونتائجها كثيراً. وإلى جانب ذلك فإن النتائج التى يتم التوصل إليها من المحاولات الطبية فقط لتقييم أثر هذين الأسلوبين العلاجيين لايمكن الإعتماد عليها فى المقارنة نظراً لأن هناك أنماطاً مختلفة من المقاييس يتم إستخدامها فى المحاولات الإكلينيكية باستخدام العلاج بالعقاقير تتضمن تقديرات الطبيب المعالج لمدى التحسن الذى يطرأ على المريض فى حين لا يتم إستخدام مثل هذه التقديرات فى المحاولات الإكلينيكية التى لايتم فيها العلاج بالعقاقير حيث عادة ما يتم إستخدام مذكرات يومية يسجل فيها معدل الصداع. وبهذا فإن التراث الطبى والسيكاترى والسيكلوجى تندر فيه مثل هذه الدراسات التى تقوم على مقارنة أثر علاج الصداع المتكرر والمزمن باستخدام العقاقير وبدون إستخدامها وما يرتبط به من أعراض فسيولوجية وشكاوى جسمية تصاحب ذلك الصداع باستمرار، كما تندر فيه أيضاً الدراسات التى تتعلق بالآثار الجانبية النسبية لمثل هذين الأسلوبين العلاجيين.

ويعتبر عقار amitriptyline HCL أميتريبتلين من العقارات المفضلة فى علاج الصداع المزمن نظراً لما له من فائدة بعيداً عن أثره كمضاد للإكتئاب حيث يؤثر على الصداع خلال أسبوع واحد فى الغالب، كما أنه يتم تعاطيه بجرعات أقل وتتراوح بين ٢٥ ـ ٧٥ مج فى اليوم، ومع ذلك فإن مثل هذا العقار يستطيع بتلك الجرعة أن يؤثر على السيروتونين Serotonin والنوربنفرين Norepinephrine وهذا ما يلعب دوراً أساسياً فى سرعة تأثيره، ومن ثم يصبح مفضلاً كأسلوب علاجى على إستخدام أسلوب التقديرات اليومية لمعدل الصداع.

أما بالنسبة للعلاجات غير الطبية الأكثر إستخداماً فى هذا الصدد فتتمثل فى إجراءات التدريب على الإسترخاء والذى بدأ الباحثون حديثاً كما يرى بلانشارد وآخرون (١٩٩٠) Blanchard et. al فى التركيز على الطرق التى يمكن بموجبها تعزيز فاعليته كأسلوب علاجى والعمل على خفض التكاليف المطلوبة له. هذا ويمكن تعزيز فاعلية التدريب على الإسترخاء بإضافة تدخل معرفى سلوكى يتمثل فى إدارة الضغوط أو السيطرة عليها على أن يتم إستخدامهما جنباً إلى جنب. ومن ناحية أخرى فإن خفض التكاليف يمكن أن يتم عن طريق تحديد واجبات منزلية يؤديها المريض فى المنزل وذلك باستخدام دليل مطبوع أو شرائط تسجيل لإرشاده عن كيفية تعلم الإسترخاء ومهارات المواجهة المعرفية السلوكية. وقد يعمل هذا الإجراء على تقليل عدد مرات الزيارة التى يكون مطلوباً من المريض أن يقوم بها للمستشفى مما يقلل بطبيعة الحال من تكاليف العلاج.

وعند التدخل العلاجى النفسى يجب أن يكون الطبيب قد قام بتشخيص المريض على أنه يعانى من صداع مزمن يؤدى به إلى التوتر Chronic tension headache وأن تكون التقديرات التى يحددها الأخصائى النفسى تفيد نفس هذا الشىء، وأن يشعر بهذا الصداع لمدة لاتقل عن ثلاثة أيام فى الأسبوع وذلك لمدة سنة على الأقل، كما يجب أن تتوفر فى المرضى المحكات التالية:

أ ـ صداع مستمر يوصف على أنه ألم ممل مستمر يؤثر سلباً على نشاط المريض، أو شعور بالضيق الشديد والتوتر والضغط والتقلص أو الإنقباض.

ب ـ صداع مزدوج يبدأ فى الجزء الأمامى من العظم القذالى (عظام مؤخرة الرأس) ودون القذالى أو فى منطقة مؤخرة الرقبة.

جـ ـ صداع يجعل المريض يشعر وكأن هناك عصابة أو ضمادة توضع فوق رأسه.

هذا ويتم إستبعاد المرضى من العينات التى تجرى عليها تلك الدراسات إذا ما إنطبق عليهم أى من المحكات التالية وهى المحكات التى يتم من خلالها إستبعاد أولئك الذين ترجع مثل هذه الآلام لديهم إلى أسباب عضوية أو عصبية حتى

يصبح الألم لدى جميع أفراد العينة راجعاً إلى أسباب نفسية أى غير عضوية. ويمكن عرض هذه المحكات على النحو التالى:

أ ـ أعراض أولية لمرض غالباً ما تظهر مع الصداع المتعلق بالأوعية الدموية.

ب ـ ألم أحادى مستمر يؤدى إلى زيادة الخفقان أو النبض.

جـ ـ صداع ذو بداية مفاجئة.

د ـ تقرير من طبيب الأعصاب عن وجود صداع يتعلق بالجيوب الأنفية، أو صداع يرتبط بحالة مرضية، أو بصدمة فى الرأس، أو صداع ناتج عن إساءة إستخدام المهدئات أو المسكنات.

هذا ويشترط فى الدراسات التى تجرى فى هذا الإطار إلى جانب ذلك أن يمتنع المرضى الذين ستتألف منهم عينة الدراسة عن إستخدام المهدئات أو المسكنات للصداع لمدة ثلاثة أشهر على الأقل قبل بداية البرنامج العلاجى الذى سيتم إستخدامه فى الدراسة.

ويمكن إستخدام عدد من المقاييس فى هذا الصدد، منها:

١ ـ تقديرات طبيب الأعصاب neurologist 's ratings

يتم تقييم المرضى من جانب الطبيب قبل بداية البرنامج العلاجى، ويعاد التقييم مرة أخرى بعد مرور إثنى عشر أسبوعاً من بداية العلاج. كما يتم تقدير التغير فى معدل الصداع وشدته على مقياس متدرج من سبع نقاط على غرار نموذج ليكرت يتراوح بين «سىء بدرجة كبيرة» إلى «تحسن كبير». وإلى جانب ذلك يتم تقييم الآثار الجانبية للعلاج الطبى على مقياس متدرج من أربع نقاط على غرار نموذج ليكرت أيضاً، ويتراوح بين «لاتوجد آثار جانبية» إلى «توجد آثار جانبية خطيرة».

٢ ـ تسجيل الصداع: يقوم المرضى بتسجيل الصداع بمعدل أربع مرات فى اليوم قبل العلاج بشهر واحد، ويستمرون على هذا النحو حتى إعادة التقييم وذلك بعد مرور إثنى عشر أسبوعاً من بداية البرنامج العلاجى. ويتم ذلك على مقياس متدرج من

إحدى عشرة نقطة تتراوح بين (لايوجد صداع) وتحصل على صفر، إلى (صداع لايقاوم) وتحصل على عشر درجات. كما يقوم المرضى بتوضيح نوع وكم الدواء المهدئ أو المسكن الذى يتم تعاطيه وذلك على نفس إستمارة التسجيل.

هذا وتشتق من إستمارة التسجيل اليومى للصداع أربعة مقاييس فرعية على النحو التالى:

أ ـ دليل الصداع: ويستخدم لتسجيل متوسط مرات حدوث الصداع خلال فترة التقييم.

ب ـ ذروة الصداع: ويستخدم لبيان أعلى تقدير لمتوسطات مرات حدوث الصداع التى يتم الحصول عليها كل أسبوع وذلك خلال فترة التقييم.

جـ ـ النسبة المئوية للأيام التى لايشعر فيها المريض بالصداع، وهو بذلك يعد مقياساً يوضح الوقت الذى لايشعر فيه المريض بأعراض وآثار الصداع.

د ـ متوسط عدد الحبوب المهدئة التى يستخدمها المريض فى اليوم قياساً بمدى فاعليتها وأثرها الطبى، وهو ما يوضح كم العلاج المهدئ المستخدم.

٣ ـ الإختبارات النفسية:

يقوم المرضى قبل بداية البرنامج العلاجى وعند إعادة التقييم أى بعد مرور إثنى عشر أسبوعاً من بداية البرنامج بالإستجابة على أربعة مقاييس هى:

- مقياس بيك للإكتئاب. Beck Depression Inventory

- مقياس سمة وحالة الشخصية State - trait Personality Inventory الذى أعده شبيلبرجر وآخرون (١٩٧٩) Spielberger et. al والذى يتضمن مقاييساً لكل من القلق والغضب.

- مقياس واهلر للأعراض الجسمية Wahler physical Symptom Inventory الذى أعده واهلر (١٩٨٣) Wahler والذى يعد مقياساً للشكاوى الجسمية العامة.

- مقياس موضع الضبط بالنسبة للصداع Headache Locus of Control Scale الذى أعده هولرويد وآخرون (١٩٨٤) Holroyd et. al وهو نسخة معدلة من مقياس موضع ضبط الصحة متعدد الأبعاد Multidimensional Health Locus of Control scale الذى أعده ولستون وآخرون (١٩٧٨) Walston et. al والذى يقيس تلك الجوانب المدركة من جانب المرضى التى تؤثر على الصداع وتصوره على أنه فى متناول نطاق سيطرتهم أو خارج نطاق سيطرتهم.

وجدير بالذكر أنه يتم إستخدام مثل هذه المقاييس النفسية لتحديد ما إذا كان التدخل النفسى أو العقار المهدئ أو كلاهما يعملان على:

أ - خفض تلك المعدلات العالية للأعراض النفسية والشكاوى الجسمية التى غالباً ما تبدو على أولئك المرضى الذى يعانون من الصداع الذى يؤدى إلى التوتر.

ب - تغيير إدراكات المرضى لمركز التحكم فى الصداع كاضطراب يعانون منه.

- البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى:

ومن البرامج العلاجية المعرفية السلوكية التى تستخدم فى هذا الصدد ذلك البرنامج الذى إستخدمه هولرويد وآخرون (١٩٩١) Holroyd et. al والذى إستمر لمدة ثمانية أسابيع وتضمن ثلاث جلسات علاجية؛ الأولى فى بداية البرنامج، والثانية فى وسطه، والثالثة فى نهايته ومدة كل جلسة ساعة واحدة، إلى جانب مكالمتين تليفونيتين مدة كل منهما خمس عشرة دقيقة كانت أولاهما فى نهاية الأسبوع الثانى، أما المكالمة الثانية فكانت فى نهاية الأسبوع السادس، وكان الهدف من هاتين المكالمتين هو التعرف على المشكلات التى يواجهها المفحوصون فى التمرينات المنزلية.

وفى بداية الجلسة الأولى تم شرح الإجراءات العلاجية، والتدريب على الإسترخاء، وتم إعطاء المرضى دليل التعليمات وأشرطة التسجيل التى تتناول إجراءات الإسترخاء بشكل مبسط وذلك لتسهيل أداء التمرينات المنزلية وحتى يتمكن المرضى من تطبيق تلك المهارات فى حياتهم اليومية. أما فى الجلسة الثانية

والتى كانت فى الأسبوع الخامس فتم التدريب خلالها على أساليب مواجهة الضغوط المرتبطة بالصداع، وتم إستخدام فنيات إعادة البناء المعرفى، ومهارات حل المشكلات. وتم خلال تلك الجلسة تحديد مشكلة مستهدفة ترتبط بالصداع الذى يعانى منه المريض بدرجة كبيرة. كما تم أيضا التركيز على إختيار مشكلة مستهدفة يمكن أن تتغير باستخدام العلاج المعرفى السلوكى، ويوضح المعالج أى هاتين الفنيتين العلاجيتين تعد هى الأفضل فى تناول تلك المشكلة. وقد تضمن دليل التعليمات وأشرطة التسجيل إجراءات للقيام بإعادة البناء المعرفى والتدريب على مهارات حل المشكلات فى المنزل أيضاً. أما فى الجلسة الثالثة والتى كانت فى نهاية الأسبوع الثامن فتمت المراجعة على الإستراتيچيات التى كان المريض يجد أنها هى الأكثر ملاءمة له كى يسيطر على الصداع الذى يعانى منه. أما العلاج الطبى باستخدام العقار المستهدف فكان يشرف عليه الطبيب وذلك لضبط وتنظيم وزيادة الجرعات بحسب البرنامج الذى تم تحديده لهذا الغرض.

وتوضح النتائج فى هذا الصدد أن كلاً من العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير له فعاليته فى خفض حدة الصداع المزمن المتكرر حيث أدى الأول إلى خفض حدة الصداع بنسبة ٥٦٪ بينما أدى العلاج بالعقاقير إلى خفض حدة الصداع بنسبة ٢٧٪ وقد أوضحت تقارير الأطباء أن ٩٤٪ من المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى، ٦٩٪ من المرضى الذين تلقوا العلاج بالعقاقير قد تحسنوا بدرجة معقولة، كما قل إستخدامهم للمهدئات بدرجة كبيرة، وقلت الشكاوى الجسمية من جانبهم، وأوضحوا قدرة شخصية متزايدة فى السيطرة على نوبات الصداع. وقد أكدت الدراسات التى أجريت فى هذا المجال باستخدام العلاج المعرفى السلوكى أن نسبة التحسن تتراوح بين ٥٦٪ - ٦١٪ وأن هذا الأسلوب العلاجى يعد فى ضوء هذه النسبة أفضل من العلاج بالعقاقير. ونحن نعتقد أنه إذا ما تمت المزاوجة بين الأسلوبين فإن النتائج سوف تتحسن بدرجة كبيرة.

٣ ـ آلام البطن المتكررة

تعتبر آلام البطن المتكررة recurrent abdominal pains شكوى عامة بين الأطفال حيث تنتشر بين ١٠٪ ـ ١٥٪ من الأطفال فى سن المدرسة. وتتسم زملة الأعراض غير المحددة المميزة لها بعدم الراحة أو الإنزعاج والقلق والتى تحدث ـ أى زملة الأعراض ـ على مدى عدة شهور وغالباً ما تعوقهم عن أداء أنشطتهم اليومية، ولكنهم عادة ما يشفون تماماً بين تلك النوبات. وعلى الرغم من ذلك فلايوجد لديهم أى مرض عضوى يعد هو المسئول عن شكواهم تلك. هذا وتتغير المدة التى يستغرقها الألم وذلك من عدة ثوانى إلى يوم كامل، كما تتغير حدة ذلك الألم، ونوعيته، ووقت حدوثه.

وعلى الرغم من وصف هذا الألم على أنه زملة أعراض مرضية تتطور مع نمو الأطفال فإن النتائج التى تم التوصل إليها بخصوص مآل هذا الإضطراب تعد متضاربة. ففى الوقت الذى تؤكد فيه بعض الدراسات أن ثلث الأطفال الذين يعانون من هذه الآلام يستمرون فى معاناتهم من هذا الألم المتكرر ونوباته المتعددة لعدة سنوات يؤكد دافيسون وآخرون (١٩٨٦) Davison et. al أن خمسة وعشرين طفلاً من مجموع ستة وعشرين طفلاً قد شفوا تماماً من تلك الآلام عند التقييم الذى تم إجراؤه فى الدراسة التتبعية والذى تم بعد إنتهاء برنامجهم العلاجى بستة شهور. أما الدراسات القليلة التى تناولت مثل هذه الآلام فقد إستخدمت إجراءات تقييم شاملة للألم، وإستخدمت غالبيتها التقارير الوالدية وذلك فى المقابلات التى تم إجراؤها معهم.

ومع أن هناك أسباباً عضوية لآلام البطن مثل الإمساك، والديدان، وإلتهاب الزائدة الدودية، وإضطرابات الأيض، والفتاق، والتبويض (بالنسبة للإناث)، وإضطراب العصارات الهضمية، وتورم الحبل الشوكى، والإنفتال أو الإلتواء المتقطع المزمن للأمعاء، وسوء إمتصاص السكريات فإن مثل هذه الأسباب العضوية وغيرها يعد مسئولاً عن حوالى ٥٪ ـ ١٠٪ من الحالات. إلا أن مايهمنا بالدرجة

الأولى هنا هو العوامل النفسية والأسرية التى تسهم فى حدوث مثل هذه الآلام. وتتضمن مثل هذه العوامل السمات المزاجية للطفل، وسماته الشخصية كالخنوع والقلق والميل للكمال، إلى جانب سمات الوالدين كالقلق المفرط على الطفل، وإنشغالهما بالأمور الصحية المتعلقة به، وحمايتهما الزائدة له، بالإضافة إلى الخلافات الأسرية والزوجية. ومع ذلك فقد لجأت غالبية الدراسات التى أجريت فى هذا المجال إلى الملاحظات الإكلينيكية غير المضبوطة إلى جانب أن البعض منها قد قارن بين عينة من الأطفال الذين يعانون من هذه الآلام كمجموعة تجريبية مع عينة من الأطفال العاديين الذين لايعانون من أى آلام كمجموعة ضابطة.

هذا ولايزال علاج مثل هذه الآلام المتكررة باستخدام العلاج المعرفى السلوكى فى أطواره الأولى. ونظراً لأن العلاج بالعقاقير لم يثبت فعالية كبيرة فى هذا الصدد فقد لجأ بعض الباحثين إلى إستخدام فنيات العلاج السلوكى المستمدة من نظرية التعلم الإجتماعى والإشتراط التقليدى. وكانت تقوم الفنيات السلوكية على إعتبار أن السلوكيات المرتبطة بالألم تؤدى بالطفل إلى نتائج محتملة ومرغوبة من جانبه كالتعاطف معه، وجذب الإنتباه إليه، وتجنب القيام بالأنشطة التى لايرغب فيها وهى ما تعمل بطبيعة الحال كمعززات للسلوك المرتبط بالألم. وقد أثبتت فنيات العلاج السلوكى تلك فعاليتها فى هذا الصدد.

ومن ناحية أخرى قام باحثون آخرون بتعليم الأطفال مهارات إدارة الذات- Self management كالإسترخاء، وأساليب المواجهة المعرفية، وصرف الإنتباه، والتخيل الإيجابى. إلا أن هناك بعض الأمور التى لاتزال فى حاجة إلى حلول ملائمة فيما يتعلق باستخدام مثل هذه الفنيات ضمن أساليب العلاج النفسى لمثل تلك الآلام. ويمكن أن نوجز ذلك على النحو التالى:

أ - أن الدراسات التى إستخدمت مثل هذه الإستراتيچيات حتى الآن لم تستخدم التصميم التجريبى الذى يتضمن مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية.

ب ـ أنه لا توجد دراسات تناولت آثار برنامج متعدد الأبعاد يتضمن إستراتيجيات لتعديل سلوك الألم ودمجها مع مصادر الطفل التى تساعده على مواجهة مشاعر الألم وهو ما يعرف بالتدريب على مهارات المواجهة.

جـ ـ لا توجد أى دراسة قامت بتقييم الآثار العامة للعلاج خارج نطاق البيئة المنزلية.

د ـ لم تتناول الدراسات القائمة ما إذا كان العلاج يسبب بعض الآثار الجانبية غير المرغوبة أم لا.

وإلى جانب ذلك فمن غير المعلوم للآن ما إذا كان الأسلوب العلاجى الذى يركز على خفض حدة الألم يكون مصحوباً بتغيرات غير مستهدفة وغير مخطط لها فى جوانب أخرى من سلوك الطفل أو توافقه. ومع هذا فإن الدراسات التى إستخدمت العلاج المعرفى السلوكى لمثل هذه الآلام قد إستخدمت إجراءات التقييم متعدد الأبعاد للألم وذلك باستخدام مقاييس للملاحظة من جانب الأب، والمعلم، والملاحظ المدرب، بالإضافة إلى التقارير الذاتية للأطفال. كما تناولت آثار العلاج خلال المواقف المدرسية، والآثار الجانبية السلبية المحتملة للعلاج وذلك باستخدام مقاييس للتوافق السلوكى للطفل فى كل من المنزل والمدرسة.

ومن ناحية أخرى يتم إستخدام العديد من المقاييس لتقييم آثار العلاج يعتمد بعضها على الملاحظة فى حين يعتمد بعضها الآخر على التقارير الذاتية. ومن هذه المقاييس ما يلى:

١ ـ المراقبة الذاتية للألم: Self - monitoring of pain

ويتم من خلالها تحديد مدى شدة الألم وذلك على مقياس متدرج ما بين (لايوجد ألم) إلى (ألم لايحتمل)، وعلى الطفل أن يحدد مدى إنطباق العبارة الدالة على الألم عليه إلى جانب تسجيل مدى شدة الألم فى مذكرات يومية وذلك لثلاث مرات يومياً يبدأ أولها قبل أن يذهب إلى المدرسة، والثانية بعد عودته من المدرسة إلى المنزل، والثالثة قبل أن ينام. وتؤكد الدراسات الحديثة فى هذا المجال

كما يرى بوش (١٩٨٧) Bush أن الأطفال يمكنهم بعد سن الخامسة أن يقوموا بتقدير شدة الألم الذى يشعرون به وذلك بشكل صادق وثابت. ويتم تحديد درجة كلية لمدى شدة الألم من جانب الطفل وذلك بجمع التسجيلات اليومية الثلاثة التى يقوم الطفل بتدوينها وذلك لمدة أسبوع، وبذلك نحصل على درجة كلية لمدى شدة الألم الذى يشعر به الطفل خلال الأسبوع.

٢ ـ الملاحظات الوالدية للألم:

يقوم المعالج بإعطاء الوالدين التعليمات اللازمة كى يقوما. بعملية الملاحظة وتسجيل ما يلاحظانه من أنماط سلوكية دالة على الألم من جانب الطفل وذلك لثلاث مرات فى اليوم على أن تستغرق الملاحظة فى المرة الواحدة ساعة تقريباً. وجدير بالذكر أن هذه المرات الثلاث هى نفسها التى يقوم الطفل خلالها بتسجيل ملاحظاته. وتستغرق هذه الملاحظات ثمانية أسابيع فى المتوسط حيث يستغرق البرنامج العلاجى نفس هذه الفترة الزمنية، أما القياس التتبعى فيتم بعد شهر تقريباً من إنتهاء البرنامج العلاجى.

٣ ـ ملاحظات المعلم للألم:

ويقوم المعلم بتسجيل شكاوى الطفل اللفظية من الألم إضافة إلى طلب الطفل الذهاب إلى طبيب المدرسة، ومعدل غيابه عن المدرسة بسبب هذا الألم. وتستمر الملاحظة طوال اليوم الدراسى، ويتم تحديد درجة لذلك بناء على مدى وجود شكوى من الألم من جانب الطفل، وعدد الأيام التى يقوم الطفل خلالها بسلوكيات تدل على الألم، وعدد الأيام التى يتغيب خلالها الطفل عن المدرسة بسبب ذلك الألم.

٤ ـ التفاعل بين الوالدين والطفل فى المنزل:

وفى سبيل ذلك يتم إستخدام جداول الملاحظات الأسرية-Family observation al Schedules التى تعمل على حساب النسب المئوية للسلوك المنحرف من جانب الطفل والسلوك المقابل أو العكسى من قبل الوالد. ويمكن إضافة أنماط سلوكية

تدل على الألم من جانب الطفل، وهى بطبيعة الحال أنماط سلوكية شبيهة بتلك التى تتضمنها الملاحظات الوالدية للألم. وتتم الملاحظات لعدة مرات يومياً تستغرق ثلاثين دقيقة فى مجملها وذلك خلال فترات زمنية بسيطة قد لاتستغرق دقيقة فى المرة الواحدة، وهو الإجراء الذى يستخدم مع الملاحظات عامة. وتستخدم هذه الملاحظة لتحديد معدل قيام الطفل بسلوكيات أخرى كالعناد والتحدى والسلوك المقابل من جانب الوالدين وذلك لتحديد ما إذا كانت التغيرات التى تحدث فى سلوكيات الطفل الدالة على الألم ترتبط بحدوث زيادة فى معدل حدوث أى مشكلات سلوكية أخرى غير مرغوبة أم لا وذلك خلال الفترة التى يستغرقها البرنامج العلاجى. ونظراً لأن الأطفال الذين يشعرون بمثل هذه الآلام المفرطة قد يتسمون خلال تلك الأثناء بالشكوى والخنوع فإن المشكلات السلوكية قد تتباين على أثر حدوث نقص فى معدل شدة الألم. ومن هذا المنطلق يمكن إستخدام قوائم المشكلات السلوكية behavior problem checklists حتى يتمكن الوالدان من تحديد معدل حدوث مثل هذه المشكلات السلوكية ومدى شدتها. هذا إلى جانب إمكانية إستخدام مقاييس تقدير للمعلمين مثل مقياس كونرز على سبيل المثال Conners Teacher 's Rating Scale وذلك لتقييم تلك الأنماط السلوكية التى تصدر عن الطفل فى الفصل كالمشكلات السلوكية، وعدم الإنتباه، والقلق، والنشاط الزائد وذلك قبل أن يتم تطبيق البرنامج العلاجى وبعده مع إجراء المقارنة بين هذين التطبيقين القبلى والبعدى.

وقد تتضمن نماذج الملاحظة الوالدية للألم من جانب الطفل تسجيل ملاحظات حول سلوكيات الطفل كالتالى:

أ ـ أنماط سلوك لفظية تدل على الألم:

الشكوى من الألم: تصدر عن الطفل أمثلة لإحتجاجات صوتية تتعلق بالألم.

طلب المساعدة: يطلب المساعدة من والديه نتيجة لشعوره بالألم.

الصراخ: يبكى ويصرخ من جراء شعوره بالألم.

ب ـ أنماط سلوك غير لفظية:

الترقب والحذر: يكون متثاقلاً بشكل غير عادى، ويشعر بالإرتباك، وتتسم حركاته بالشدة والصرامة عند التحرك من مكان إلى آخر.

التوتر والإستعداد: يتخذ وضعاً ثابتاً وغير متحرك يقوم خلاله أحد أطرافه بمساندة جزء آخر من أجزاء الجسم لعدة ثوان.

الحك أو الهرش: يهرش الجزء الذى يسبب له الألم ويحكه بشدة لعدة ثوان.

التكشير: يظهر عليه تعبير وجهى واضح عن الألم.

التنهد: يبدو عليه تعبير وجهى يدل على أخذه لنفس عميق بشكل مبالغ فيه مصحوباً بهز الكتفين صعوداً وهبوطاً.

النوم والراحة: ينام فى السرير فى غير الأوقات المخصصة للنوم أو يستلقى على الأرض فى أى مكان آخر دون أن يقوم بالمشاركة فى أى نشاط.

أما نماذج الملاحظة التى يقوم بها ملاحظون مدربون فقد تتضمن تسجيلاً لسلوكيات الطفل على النحو التالى:

أ ـ أنماط سلوك منحرفة من جانب الطفل:

عدم الطاعة أو الإذعان: يرفض أن يبادر بطاعة أوامر أو تعليمات معينة خلال فترة الملاحظة والتى قد تستغرق خمس ثوان مثلاً.

الشكوى: تصدر عنه أمثلة للشكوى اللفظية تتضمن الأنين، والصراخ، والإحتجاجات الصوتية، أو الإنفعال.

النفور: يوجه تعليمات لأى شخص آخر يتم الحكم عليها بأنها مكروهة أو ممقوتة.

السلبية الفيزيقية (الجسمية): يقوم بالهجوم الجسمى (البدنى) على أى شخص آخر سواء كان ذلك واقعياً أو تهديدياً، أو يقوم بإلحاق الأذى والضرر بشخص آخر، أو يقوم بتكسير شىء ما.

العناد والتحدى: تصدر عنه سلوكيات أخرى غير ملائمة لايمكن تصنيفها فى فئات إنحرافية أخرى كالخروج على القواعد الأسرية وعدم الإمتثال لها، وتعمد إغاظة الوالدين ومضايقتهما.

ب ـ أنماط سلوك ملائمة من جانب الطفل:

التفاعل المناسب: يصدر عنه سلوك مقبول يستمر لمدة خمس وعشرين ثانية ويتضمن ألفاظاً واضحة ومفهومة من جانبه.

الإشتراك فى الأنشطة واللعب: يصدر عنه سلوك مقبول، أو يقوم بنشاط معين يستمر لمدة خمس وعشرين ثانية ولكنه لايتضمن ألفاظاً واضحة ومفهومة.

جـ ـ أنماط سلوك غير مكروهة من جانب الوالد:

الثناء: أى مديح أو ثناء للطفل من قبل الوالد.

التواصل: أى شكل من أشكال التواصل غير المكروه أو الممقوت.

السؤال: أى طلب مقبول للإستفسار عن معلومات من الطفل.

التعليمات الأولى الألفية: alpha وتشمل أى أمر لفظى يتسم بالوضوح، ويدل على إشارة سلوكية معينة، ويتم بشكل مقبول.

التعليمات الثانية البائية: beta وتتضمن أى أمر لفظى غير واضح، ولايدل على إشارة سلوكية معينة، ويتم بشكل هادئ.

الإنتباه الإجتماعى: ويتضمن أى إنتباه مقبول سواء كان لفظياً أو غير لفظى ولا يمكن تسجيله تحت أى فئة أخرى.

د ـ أنماط سلوك ممقوتة من جانب الوالد:

التواصل الممقوت: أى تواصل يسبب أو يمكن أن يسبب الألم والمضايقة للطفل.

التساؤل الممقوت: أى طلب للمعلومات من الطفل يبدو ممقوتاً بسبب محتواه أو نغمة الصوت.

التعليمات الألفية الممقوتة: أى طلب لفظى واضح يدل على إشارة سلوكية معينة ولكنه يصدر بشكل ممقوت أو مكروه.

التعليمات البائية الممقوتة: أى طلب لفظى واضح، ولايدل على إشارة سلوكية معينة، ويصدر بشكل ممقوت أو مكروه.

الإنتباه الإجتماعى الممقوت: يشبه الإنتباه الإجتماعى المقبول ولكنه يبدو ممقوتاً أو مكروهاً بسبب محتواه أو نغمة الصوت.

ويعد ذلك مجرد أمثلة للملاحظات التى يمكن إستخدامها فى هذا الصدد سواء من جانب الوالدين أو الملاحظين المدربين وما يمكن أن يتضمن فى تلك الملاحظات.

أما فيما يتعلق ببرنامج العلاج المعرفى السلوكى فيتضمن ثمانى جلسات علاجية، ويشمل مكونين؛ أحدهما هو المكون السلوكى، أما الآخر فهو مهارات المواجهة المعرفية، وذلك على النحو التالى:

أ ـ المكون السلوكى:

ويتضمن المراقبة الذاتية للألم، وتعزيز نمط سلوكى آخر، وصرف أو تشتيت الإنتباه، والمشاركة فى الأنشطة.

ب ـ المكون المعرفى:

ويتضمن إجراء معرفياً لضبط النفس يشمل مراقبة الذات، والتعليم الذاتى، والتعبير عن كفاءة الذات، والتعزيز الذاتى، والإسترخاء المثار ذاتياً، إلى جانب التخيل المعرفى لخفض الألم.

كذلك يمكن أن تتضمن إجراءات العلاج التدريب على تعزيز التعميم، والوقاية من حدوث أى إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى. أما عن الجلسات العلاجية الثمانى فيمكن أن تتم على الوجه التالى:

١ ـ يقوم المعالج خلال الجلسة الأولى بتفسير سلوكيات الأطفال الدالة على الألم ومناقشة ذلك مع الوالدين، ويتم هذا التفسير فى إطار نظرية التعلم الإجتماعى نظراً لأن جميع أفراد العينة يعانون من آلام لا توجدلها أسباب عضوية حيث يتم إستبعاد تلك الحالات التى يرجع الألم لديها إلى أى سبب عضوى.

٢ ـ وتتضمن الجلسة الثانية تعليم الأمهات كيفية التمييز بين السلوكيات المرضية والسلوكيات المقبولة. وتصدر التعليمات للوالدين بتجاهل السلوكيات غير اللفظية الدالة على الألم من جانب الطفل، وحث الأطفال وإعادة توجيههم للقيام بالأنشطة المختلفة عندما تصدر عنهم شكاوى لفظية من الألم. وإذا ما إستجاب الأطفال لذلك يقوم الوالدان بمدحهم والثناء عليهم مع الإستمرار فى تجاهل شكواهم اللفظية الدالة على الألم إذا إستمروا فى تلك الشكاوى. ويقوم الوالد بإعطاء الطفل نجمة عن كل سلوك مقبول ثم يتم إستبدال تلك النجوم بمكافآت عبارة عن أشياء يحبها الأطفال. ومع زيادة عدد الأيام التى لايشعر فيها الطفل بالألم خلال الأسبوع يحصل أيضاً على تلك المكافآت.

٣ ـ ويتم خلال الجلسة الثالثة مناقشة إستراتيجيات المواجهة مع الأطفال حيث يجب أن يتدربوا على تلك الإستراتيجيات كأساس لتعليمهم السيطرة الذاتية على الألم.

٤ ـ وتشهد الجلسة الرابعة تدريب الأطفال على الإسترخاء كمهارة لضبط النفس.

٥ ـ ويتم فى الجلسة الخامسة القيام بتمرينات مختصرة للإسترخاء.

٦ ـ وتشهد الجلسة السادسة تقديم إجراء معرفى لضبط النفس بهدف تغيير تفكير الأطفال وتحويله بعيداً عن الألم. وخلال تنفيذ تلك الخطوات يستمر المعالج

فى إعطاء التعليمات اللازمة للأطفال مما يساعدهم على تنفيذ الخطوات المطلوبة وصرف إنتباههم عن الألم والوصول بهم إلى حالة الإسترخاء. وعندما يحدث نقص فى مستوى حدة الألم يقوم الأطفال بالتعزيز الذاتى لأنفسهم كأن يقولوا بعض العبارات الإيجابية لأنفسهم على سبيل المثال. أما إذا إستمر الألم فتكون الخطوة النهائية هى إستخدام إستراتيچية التخيل المعرفى والتى يقوم الطفل خلالها بتخيل الشخصية الكرتونية المفضلة له وكأنها تقوم من توها بإلتهام ذلك الألم وتخليص الطفل منه.

٧ ـ وتتضمن الجلسة السابعة تمرينات إضافية عن إجراء ضبط النفس ولكن ذلك يتم هذه المرة من خلال صرف وتشتيت الإنتباه كأن نجعله يقوم بالإشتراك فى نشاط معين على سبيل المثال وذلك عندما نجد أنه قد بدأ يشعر بالألم.

٨ ـ أما فى الجلسلة الثامنة والأخيرة فيتم تحديد بعض المواقف المستقبلية التى يمكن للألم أن يحدث فيها من جديد، وبالتالى يتم خلال تلك الجلسة أيضاً التدريب على الإستراتيچيات التى يتم من خلالها حل مثل هذه المشكلة.

٩ ـ وعندما تنتهى هذه الجلسة الأخيرة يتم القياس البعدى، ثم تبدأ فترة متابعة تنتهى بالقياس التتبعى والذى يكون فى الغالب بعد مرور ثلاثة أشهر على الأقل من إنتهاء البرنامج.

دراسات تطبيقية

أجرى ساندرز وآخرون (١٩٨٩) Sanders et. al دراسة بهدف التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لعلاج آلام البطن المتكررة وغير المحددة لدى الأطفال فى سن المدرسة الإبتدائية، وضمت العينة ستة عشر طفلاً تتراوح أعمارهم بين ٦ ـ ١٢ سنة بمتوسط تسع سنوات، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين فى العدد إحداهما ضابطة (ن = ٨) والثانية تجريبية أو علاجية (ن = ٨). وإستغرق البرنامج العلاجى ثمانى جلسات بواقع جلسة واحدة أسبوعياً.

وضم البرنامج مكون مهارات المواجهة السلوكية وإستخدمت له فنيات مراقبة الذات لتقليل الأعراض، والتعزيز، وصرف الإنتباه، إلى جانب مكون مهارات المواجهة المعرفية وإستخدمت له فنيات مراقبة الذات للمساعدة على ضبط النفس، والتعليم الذاتى، وتقارير ذاتية عن مدى فاعلية الطفل وتقدمه، والإسترخاء المثار ذاتياً، والتخيل الإيجابى. وأوضحت النتائج تدعيماً جزئياً لدور العلاج المعرفى السلوكى فى علاج آلام البطن لدى الأطفال حيث بلغت نسبة التحسن لدى أطفال المجموعة التجريبية ٣٧,٥٪. وربما يرجع ذلك إلى أن علاج آلام البطن لايزال موضوعاً جديداً على العلاج المعرفى السلوكى حيث كان يتم التعامل معه من قبل بالعقاقير فقط.

وفى دراستهم التى قاموا فيها بالمقارنة بين مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير فى علاج الصداع المزمن لدى عينة ضمت ٤١ مريضاً تتراوح أعمارهم بين ١٩ ـ ٥٥ سنة بمتوسط ٣٢,٣ سنة، تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين وإستخدم العلاج المعرفى السلوكى مع إحداهما (ن = ٢٠) بينما تم إستخدام العلاج بالعقاقير مع المجموعة الأخرى (ن = ٢١). وإستمر البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى لمدة ثمانية أسابيع بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً مدة كل منها ساعة واحدة، وإستخدمت خلاله فنيات التدريب على الإسترخاء، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على مهارات حل المشكلات، والواجبات المنزلية وجد هولرويد وآخرون (١٩٩١) Holroyd et. al أن كلا الأسلوبين كان فعالاً فى التخفيف من حدة الصداع المزمن، وإن كان العلاج المعرفى السلوكى هو الأفضل فى فاعليته حيث إتضح أن ٥٦٪ ممن كانوا يتلقونه قد خفت لديهم حدة الصداع وذلك فى مقابل ٢٧٪ ممن كانوا يتلقون العلاج بالعقاقير.

وعند المقارنة بين مدى فاعلية ثلاثة أنواع من العلاج للآلام المزمنة بالجهاز العضلى والهيكلى العظمى على عينة من المرضى ضمت ٥٧ مريضاً ممن يعانون من

آلام مزمنة فى الظهر، منهم ٢١ مريضاً يعانون إلى جانب ذلك من آلام فى الفك وإختلال وظيفى تم توزيعهم على ثلاث مجموعات متساوية العدد تتراوح أعمارهم بين ٢٠ - ٦٥ سنة بمتوسط ٤٢,٤٣ سنة تلقت الأولى العلاج عن طريق التغذية الرجعية الحيوية باستخدام الرسم البيانى لكهربة العضلات وذلك خلال مدة البرنامج، بينما تلقت المجموعة الثانية العلاج المعرفى السلوكى لمدة ثمانية أسابيع بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مع إستخدام فنيات المناقشة، والتدريب على الإسترخاء، وحل المشكلات، والتدريب على مهارات مواجهة الألم كاستخدام التقارير الذاتية وصرف الإنتباه، فى حين تلقت المجموعة الثالثة العلاج بالعقاقير وحصل أعضاؤها على تسع جرعات دوائية خلال نفس المدة، كشفت النتائج التى توصل إليها فلور وبربومر (١٩٩٣) Flor & Birbaumer عن حدوث تحسن فى المجموعات الثلاث مع حدوث أفضل تحسن فى المجموعة التى تلقت التغذية الرجعية الحيوية. وكشفت متابعة الحالات بعد إنتهاء البرنامج العلاجى بستة أشهر وحتى أربعة وعشرين شهراً عن أنه قد لوحظ لدى أعضاء نفس المجموعة نقص دال فى حدة الألم، والتوتر الإنفعالى، وزيادة التعبيرات الذاتية الدالة على المواجهة الفعالة وذلك قياساً بالمجموعتين الأخريتين.

وفى دراستهما للتعرف على مدى فاعلية أكثر من أسلوب علاجى واحد فى علاج نوعين من الصداع المتكرر هما الصداع النصفى والصداع الناتج عن الشد العصبى وذلك على عينة ضمت ٥١ مريضاً من الراشدين تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات متساوية العدد خضعت الأولى لأسلوب التدريب على الإسترخاء، وتلقت المجموعة الثانية أسلوب التدريب على الإسترخاء إلى جانب التغذية الرجعية الحيوية، بينما تلقت المجموعة الثالثة برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى بقصد التحكم فى التوتر والشد العصبى إستمر لمدة ثمانية أسابيع وجد هولرويد وبنزيان (١٩٩٤) Holroyd & Penzien أن التدريب على الإسترخاء يعد هو الأفضل فى علاج الصداع المتكرر الناتج عن الشد العصبى، وأن أسلوب التدريب

على الإسترخاء إلى جانب التغذية الرجعية الحيوية يعد هو الأفضل فى علاج الصداع النصفى المتكرر. أما العلاج المعرفى السلوكى فيعد هو أقل هذه الأساليب فاعلية فى علاج الصداع المزمن سواء كان من النمط الناتج عن الشد العصبى أو الصداع النصفى.

وإستخدم ديلى ودافيد (١٩٩٤) Deale & David برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى وذلك لعلاج زملة أعراض مرضية للإعياء العصبى المزمن لسيدة فى الثالثة والثلاثين من عمرها كانت تعمل معلمة سابقة بإحدى المدارس وإستمرت معها تلك الأعراض لمدة ثمانى سنوات، وتضمن البرنامج العلاجى الذى إستمر لمدة ثمانية أسابيع مناقشة أسبوعية لأهداف تتصل بنشاط منظم ومخطط يعقبه فترة من الراحة، وكان لابد من القيام بذلك يومياً وبشكل منتظم بغض النظر عن الأعراض، ثم إزداد كم النشاط تدريجياً وبشكل منتظم أيضاً مع خفض تدريجى لوقت الراحة. وكشفت النتائج عن نجاح البرنامج العلاجى المستخدم بشكل تام فى علاجها من تلك الآلام المزمنة.

تعليق عام

لايزال العلاج المعرفى السلوكى فى مراحله الأولى بالنسبة لإستخدامه فى علاج الآلام المزمنة المختلفة، وقد إرتبطت فكرة إدخال هذا الأسلوب العلاجى فى ذلك المجال بفكرة إقتصادية حيث يستطيع أن يقلل الكثير من الوقت والجهد والمال المبذول فى علاج تلك الآلام المزمنة إذ يقلل من زيارات المريض المتعددة للطبيب أو المستشفى نظراً لتحمله جانباً من هذا العلاج يتمثل فى قيامه بعد التدريب على المهارات المتنوعة خلال الجلسات العلاجية بتطبيق تلك المهارات فى العديد من المواقف الحياتية المختلفة والمتنوعة وذلك من خلال الواجبات المنزلية. وعلى الرغم من إستخدام هذا الأسلوب العلاجى لفنيات متنوعة تجمع بين كل من إستراتيجيات

المواجهة السلوكية وإستراتيجيات المواجهة المعرفية، فإن الدراسات التى تناولته قد كشفت عن نتائج متضاربة. ونظراً لهذا التضارب فى نتائج تلك الدراسات حول مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى ومدى أفضليته فى علاج الآلام المزمنة فنحن نؤكد أن الأمر لايزال يحتاج إلى إجراء مزيد من الدراسات فى هذا الصدد، ولو أن العلاج المعرفى السلوكى يعمل على تخفيف حدة هذه الآلام إلى حد معقول ولكن إذا تم الدمج بينه وبين العلاج بالعقاقير على سبيل المثال كما هو الحال بالنسبة لإضطراب الهلع (فى مراحل العلاج الأولى) مثلاً فقد يكون له شأن آخر فى السيطرة الكلية على تلك الآلام خاصة وأنه يتناول الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية، ويعمل العلاج بالعقاقير من خلال المهدئات أو المسكنات المستخدمة على مساعدته فى تحقيق الأغراض المستهدفة مما يعنى إمكانية تقديم علاج شامل لهذه الآلام، والأمر مرهون بإجراء الدراسات التى تستخدم هذا الدمج والتحقق من مدى فاعليته فى العلاج..

* * *

الفصل السابع

إضطراب صورة الجسم

إضطراب صورة الجسم: مقدمة

يعد إضطراب صورة الجسمbody image disorder أو تشوه صورة الجسمbody dysmorphic disorder من التطبيقات الحديثة للعلاج المعرفى السلوكى على الإضطرابات المختلفة. ويعنى هذا الإضطراب تشوه صورة الجسم من وجهة نظر الشخص نفسه نتيجة لعدم رضاه عن مظهر جسمه كأن يرفض أجزاء معينة فى جسمه أن تكون بما هى عليه كالشكل والوزن وحجم الصدر بالنسبة للإناث والطول أو القصر وما إلى ذلك، وهو ما سنوضحه عند الحديث عن طبيعة هذا الإضطراب.

وهناك إضطرابات أخرى تشترك فى جوهرها مع هذا الإضطراب، فعلى الرغم من أن فقد الشهية العصبى والشره العصبى للطعام يعدان بمثابة إضطرابين وثيقى الصلة ببعضهما ويمثلان إضطرابات الأكل eating disorders فإنهما يتسمان بإنشغال كبير من جانب الفرد بشكل جسمه، وإستخدامه للعديد من الإستراتيجيات التى تساعده على أن يتجنب زيادة الوزن. ومن ثم يمكن فهمهما بشكل أفضل كما يرى كانون ووراردل (١٩٨٩) Channon & Wardle على أنهما دلائل أو مظاهر لنفس جوهر إضطراب صورة الجسم إذ يتسم البروفيل الخاص بهما بنقص الوزن وبالأساليب المختلفة التى يلجأ الفرد إليها كى يتحكم فى وزنه. ومن هذا المنطلق تصبح لهما صلة مباشرة باضطراب صورة الجسم حيث يرتبطان بشكل الجسم ووزنه وحجمه من حيث زيادة الوزن أو النحافة، وهو الأمر الذى يقلق الكثيرين، وقد يجعلهم غير راضين عن مظهرهم الجسمى. ولذا فقد آثارنا أن نتناولهما هنا فى هذا الموضع. وعلى هذا الأساس فسوف نتناول فى هذا الفصل تلك الإضطرابات

الثلاثة وهى إضطراب صورة الجسم أو عدم الرضا عن المظهر الجسمى، وفقد الشهية العصبى، والشره العصبى للطعام من منطلق إرتباطهم معاً بفكرة واحدة تتعلق بالمظهر الجسمى.

أولاً: إضطراب صورة الجسم body dysmorphic disorder

طبيعة الإضطراب

على الرغم من أن عدم الرضا عن المظهر الجسمى أو الإنشغال المرضى بشكل الجسم يبدو أمراً عادياً فى الوقت الراهن فإن الإنشغال بالمظهر الجسمى يعد أمراً مقلقاً ومزعجاً لعدد كبير من الأفراد. ويضع دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM - IV (١٩٩٤) هذا الإضطراب تحت مسمى تشوه صورة الجسم-body dysmorphic disorder ويبلغ معدل إنتشار هذا الإضطراب ٤% تقريباً بين النساء فى حين تقل النسبة عن ١% تقريباً بين الرجال. وعلى الرغم من أن هذا الإضطراب لايعد نادراً فإن عدد الدراسات أو دراسات الحالة التى تم إجراؤها فى هذا المجال تعتبر قليلة. ويبدو أن بعض العلاجات تعد مبشرة فى هذا الصدد، إلا أنه لم يتم للآن تقييم مدى فاعلية تلك العلاجات بطريقة محكمة عن طريق إستخدام مقاييس مقننة.

ويتعرض الأفراد الذين يعانون من هذا الإضطراب للقلق والإنزعاج حول أى جانب من جوانب مظهرهم الجسمى على الرغم من أن مظهرهم قد يبدو عادياً.

ويرى ألبرتينى وفيليبس (١٩٩٩) Albertini & Phillips أن إضطراب أو تشوه صورة الجسم هو إنشغال مفرط من جانب شخص ذى مظهر جسمى عادى بعيب طفيف فى مظهره الجسمى، وربما يكون لا وجود لهذا العيب على الإطلاق سوى فى مخيلة هذا الفرد. وعادة ما يبدأ هذا الإضطراب خلال مرحلة المراهقة، فنجد أن المراهقين قد تكثر شكواهم مثلاً من حجم الجسم وشكله أو مدى إنسيابية ملامح الوجه. وفى حين ينشغل البعض الآخر بالنمش الذى يرون أنه قد يشوه جلدهم، قد تنشغل أخريات بحجم الثديين أو مدى تناسق حجمهما مع حجم

الجسم، أو مدى كثافة شعر الرأس، أو غزارة الشعر فى مناطق متفرقة من الجسم، أو بشكل الأسنان، أو بالطول أو الوزن، كما قد ينشغل البعض من جانبه بحجم الأعضاء التناسلية. وقد تصدر عن البعض الآخر شكاوى أكثر غموضاً كأن يقولون مثلاً أن منظرهم يعد قبيحاً. ومن ثم فإن رفض حجم الجسم وشكله يعتبر أمراً عاماً فى الوقت الراهن، إلا أن مثل هذه الشكاوى وغيرها يمكن أن تصل إلى مستوى الإضطراب وذلك إذا ما صوحبت بقلق وإنزعاج إلى جانب إنشغال الفرد بهذا الموضوع لدرجة قد تعوقه عن أداء أعماله العادية، كما قد تؤدى إلى إنسحابه من كثير من المواقف الإجتماعية. وكغيره من الإضطرابات جسمية الشكل أو النمط لايتركز هذا الإضطراب فى موضع معين من الجسم يرى المريض أن الخلل يتركز فيه، بل إن المريض فى الواقع ينشغل بهذا الموضوع بدرجة كبيرة وبشكل عام.

وغالباً ما يحدث الإنشغال بالمظهر الجسمى فى المواقف الإجتماعية التى يشعر الفرد فيها بذاته ويتوقع أن يعطيه الآخرون قدراً كبيراً من الإهتمام والتركيز. وقد يؤدى مثل هذا الإهتمام بالفرد إلى أن يجعله يشعر بالخجل لأنه قد يعتقد أن مثل هذا الخجل يؤدى به إلى إظهار بعض من عدم كفاءته الإجتماعية. هذا وتتسم الإعتقادات التى تتعلق بصورة الجسم والتى تنتشر بين المرضى الذين يعانون من إضطراب صورة الجسم بأنها إعتقادات لاعقلانية قوية أو أفكار مبالغ فيها. ومع ذلك فإن هناك بعض المرضى من بين أولئك الذين لايظهر شيء غير عادى على أجسامهم أو على مظهرهم الجسمى يعتقدون تمام الإعتقاد بأن لديهم أوجه نقص حقيقية تتعلق بهذا الموضوع، كما توجد لدى البعض منهم أفكار تتعلق بالإشارة تعوزها البصيرة فيما يتعلق بحقيقة أن مثل تلك الأفكار تعد أفكاراً مشوهة. ومن ثم يرى دي ليون وآخرون (١٩٨٩) de Leon et. al أنه يمكن النظر إلى تلك الأفكار التي تتعلق بصورة الجسم على أنها أفكار ضلالية delusional أى ترتبط بالضلالات وذلك على الرغم من هذا الجدل الذى يدور فى الأوساط السيكلوچية والسيكاترية حول هذا الأمر.

وجدير بالذكر أن العديد من الأفراد الذى يعانون من إضطراب صورة الجسم يعملون جاهدين على تجنب المواقف الإجتماعية التى يعتقدون أنها قد تؤدى إلى تركيز الإنتباه على مظهرهم الجسمى وإعطاء مزيد من الإهتمام له. ويرى فيليبس وآخرون (١٩٩٣) Phillips et. al أن نسبة قليلة من هؤلاء الأفراد يصبحون من جراء ذلك سجناء منازلهم. ومع هذا فإن بعض المرضى يستطيعون القيام على الأقل بقدر محدود من الأداء الوظيفى الإجتماعى والمهنى، ويستخدمون بعض الطرق والأساليب التى يمكنهم بمقتضاها تجنب التعريض الكامل لمظهرهم الجسمى على الملأ وذلك عن طريق إرتداء الملابس التى لاتكشف عن هذا المظهر، والإعتناء بأنفسهم وبمظهرهم، ويغيرون من وضع أجسامهم ومن حركاتهم بطريقة يمكن لها أن تخفى هذا العيب. كذلك فهم يقومون بالعديد من الأنماط السلوكية المختلفة لتفحص الجسم كالتفتيش عن هذا العيب باستخدام المرآة، والقيام بالعديد من الطقوس المتعلقة بالإعتناء بأنفسهم ومظهرهم، وإجراء المقارنات بين مظهرهم الجسمى ومظهر الآخرين الجسمى، ويوجهون الأسئلة لغيرهم حتى يقوموا بتأكيد ذلك لهم.

ومثل الكثير من الدوافع التى يكون من الصعب مقاومتها فإنه يعتبر من الصعب مقاومة تلك الأنماط السلوكية، كما أن السلوكيات الخاصة بتفحص الجسم قد تستمر فى بعض الحالات المتطرفة لعدة ساعات كل يوم. ولاريب أن مثل هؤلاء المرضى يعتقدون تماماً أن الوسيلة الوحيدة التى يمكنهم بمقتضاها أن يقوموا بتحسين تقديرهم لذواتهم تتمثل فى قيامهم بتحسين مظهرهم. وعلى ذلك يقوم العديد من مثل هؤلاء المرضى بإتباع العديد من الأساليب العلاجية والوسائل المختلفة لتحقيق الجمال المفقود والمطلوب لمظهرهم الجسمى، فيقومون مثلاً بإنقاص وزنهم، ويلجأون إلى علاجات للجلد وأخرى للشعر، أو يلجأون إلى جراحات التجميل، وغير ذلك من المقاييس التى يمكن أن يتحقق بواسطتها التخلص من ذلك العيب والتى لاتعتبر فى العادة ضرورية لتغيير الأعراض الراهنة، كما أنها لاتعد مؤثرة فى تلك الأعراض المتعلقة بإضطراب صورة الجسم.

وعلى الرغم من أننا لانعلم سوى القليل عن الأسباب المرضية لإضطراب صورة الجسم، فإننا نقترح نموذجاً معرفياً سلوكياً خاصاً بهذا الإضطراب ويمثل الأساس فى علاجه. فعادة ما يبدأ إنشغال المريض بمظهره الجسمى خلال مرحلة المراهقة وذلك عندما يصل إنشغاله بنموه الجسمى والإجتماعى إلى قمته. ومن المعروف أن هذه المرحلة تشهد العديد من الفروق الجسمية الملحوظة بين العديد من المراهقين والتى يمكن لها أن تثير مزيداً من الإهتمام من قبل الآخرين. فيزداد مثلاً إحتمال تطور مشكلة لدى المراهق تتعلق بصورة جسمه وذلك إذا ما صوحب هذا الإهتمام بأحداث صدمية معينة كأن يقوم الآخرون بإغاظته ومضايقته أو الحط من قدره وذلك من خلال نظراتهم، أو أن يتعرض لإعتداء جسمى أو جنسى من جانبهم. ويمكن لمثل هذه الخبرات أن تثير لدى الفرد إفتراضات مختلة وظيفياً تتعلق بمدى كون مظهرهم الجسمى عادياً وإنعكاس هذا وأثره على مدى تقبلهم لذلك، وكذا إنعكاسه على شخصياتهم، وعلى قيمتهم الذاتية.

وهناك العديد من الميكانيزمات التى تبقى على إنشغال المريض بمظهره الجسمى. فالمريض يكرر العديد من التقارير الذاتية السلبية والمشوهة التى تتعلق بمظهره الجسمى وذلك إلى الدرجة التى تجعلها أوتوماتيكية ويمكن تصديقها والإعتقاد فيها. كذلك فإن السلوك التجنبى يمنعه من التعود على المنظر الذى يبدو عليه مظهره الجسمى وخاصة فى المواقف الإجتماعية حيث يزداد إحتمال أن يركز الآخرون إنتباههم عليه ويولونه مزيداً من الإهتمام. كما أن السلوك الذى يصدر عنه بغرض تفحص ذلك المظهر الجسمى قد يريحه بشكل مباشر، ولكنه يجعله على المدى الطويل يقوم بتركيز إنتباهه على جوانب هذا المظهر الجسمى التى تثير القلق لديه.

التشخيص الإكلينيكى للإضطراب

يحدد DSM - IV عدداً من المحكات التى يمكن من خلالها تشخيص إضطراب صورة الجسم body dysmorphic disorder وذلك على النحو التالى:

اولاً: إنشغال كبير من جانب الفرد بعيب متخيل فى مظهره الجسمى. ويصبح هذا الإنشغال مفرطاً إذا كان هناك حتى ولو قدر ضئيل من الشذوذ فى الجسم أو فى أبعاده المختلفة.

ثانياً: يسبب هذا الإنشغال قدراً كبيراً من الكرب للفرد تكون له دلالته من الناحية الإكلينيكية، كما أنه يسبب له خللاً فى أدائه الوظيفى الإجتماعى أو المهنى، أو غير ذلك من مجالات الأداء الوظيفى المختلفة ذات الأهمية.

ثالثاً: لايرجع هذا الإنشغال إلى أى إضطراب عقلى كعدم الرضا عن شكل وحجم الجسم فى حالة فقد الشهية العصبى على سبيل المثال.

ومن هذا المنطلق يمكن تحديد عدد من السمات تميز ذلك الفرد الذى يعانى من إضطراب صورة الجسم وذلك على النحو التالى:

١ ـ مظهر جسمى عادى.

٢ ـ زيادة التركيز على المظهر الجسمى فى التقييم الذاتى.

٣ ـ تقدير سلبى للذات يرجع إلى المظهر الجسمى.

٤ ـ عدم رضا مزعج عن المظهر الجسمى مع إنشغال كبير به.

٥ ـ شعور متطرف بالذات فى المواقف العامة والإجتماعية أو قيام الفرد بتجنب تلك المواقف.

٦ ـ لايعانى الفرد من فقد الشهية العصبى أو الشره العصبى للطعام.

العلاج المعرفى السلوكى لإضطراب صورة الجسم

على الرغم من وجود العديد من الأساليب العلاجية التى يمكن أن تتناول إضطراب صورة الجسم فإن الدراسات التى أجريت فى هذا الإطار لم تكشف عن نتيجة محددة فى هذا الخصوص لأنها لم تتضمن دراسات حالة محكمة، كما لم تستخدم مقاييس موضوعية ملائمة تتناول صورة الجسم. وإلى جانب ذلك فقد

أثبتت تلك الدراسات أن حالات قليلة فقط هى التى إستجابت للعلاج الطبى. أما فيما يتعلق بالعلاج النفسى فقد أكدت الدراسات نجاح العلاج السيكوديناميى والعلاج السلوكى حيث كان أسلوب فقد الحساسية المنظم - كفنية من فنيات العلاج السلوكى - فعالاً فى هذا الإطار. كذلك فإن أسلوب التعريض ومنع الإستجابة قد حقق نجاحاً بدرجة معقولة مع المرضى حيث أدى إلى تقليل الأعراض المرتبطة بهذا الإضطراب. وهو ما يدل على تحقيق العلاج السلوكى لنتائج فعالة فى هذا الصدد.

وقد بدأ الباحثون والمعالجون منذ عام ١٩٨٧ فى إتباع العلاج المعرفى السلوكى لعلاج عدم رضا الأفراد عن أجسامهم ومظهرهم الجسمى، وأكدت نتائج الدراسات القليلة التى إستخدمته أنه يعد أكثر فاعلية قياساً بغيره من الأساليب العلاجية الأخرى حيث يؤدى إلى تحسين صورة الجسم وإلى تحسين التوافق النفسى العام لمثل هؤلاء الأفراد. إلا أنه لا يمكننا بعد أن نقوم بتعميم تلك النتائج لأنها لاتزال للآن فى مرحلة أولية.

ويفضل أن تتضمن البرامج العلاجية المعرفية السلوكية فى هذا الصدد قياساً قبلياً وآخر بعدياً، وقياساً ثالثاً تتبعياً بعد مرور فترة تتراوح بين شهرين وأربعة أو خمسة شهور على إنتهاء البرنامج العلاجى. كما يجب أن يتضمن التصميم التجريبى المستخدم مجموعة ضابطة إلى جانب المجموعة التجريبية على أن يكون أعضاؤها من المرضى أيضاً وإن كانوا لايخضعون للعلاج، وهذا يؤكد أن أعضاء المجموعة الضابطة لايجب بأى حال من الأحوال أن يكونوا من الأسوياء أى غير المرضى كما حدث فى بعض الدراسات التى أجريت فى هذا الإطار. أما بالنسبة للمجموعة التجريبية وهى تلك التى تخضع للبرنامج العلاجى المستخدم فيفضل أن يتم تقسيمها إلى مجموعات صغيرة يتراوح عدد أعضائها بين أربعة إلى خمسة أفراد على أن يقوم أحد المعالجين بتقديم البرنامج لهم وتدريبهم على المهارات المتضمنة وعلى كيفية الإستفادة من تلك الفنيات التى يتم إستخدامها.

هذا ويتضمن البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى ما بين ثمانى جلسات إلى إثنتى عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً تستمر لمدة ساعتين تقريباً أو أقل من ذلك بعض الشىء حيث يمكن أن تكون ساعة ونصف الساعة. ويتم إستخدام كتيبات مطبوعة وشرائط تسجيل للتدريب عليها فى المنزل، وتسهم فى أداء الواجبات المنزلية التى يتم تحديدها للمفحوصين كى يؤدونها فى منازلهم.

ويبدأ البرنامج بشرح للأسباب والعوامل التى يمكن أن تؤدى إلى إضطراب صورة الجسم سواء كانت إجتماعية أو ثقافية أو أسرية، وكيفية العلاج. وفى هذه المرحلة يتم إستخدام إستراتيجية التعليم النفسى بما تضمه من فنيات كالمحاضرة والمناقشة حيث يتم تقديم مفهوم الإضطراب وأعراضه وأسبابه وعلاجه.

وإلى جانب ذلك تتم مناقشة الجوانب التى تتعلق بالمظهر الجسمى والتى يمكن أن تسبب الضيق والإنزعاج والكرب للأفراد. ويمكن إستخدام التغذية الرجعية فى هذا الصدد. فيمكن مثلاً أن نستخدم رسوماً مختلفة أو صوراً متحركة للأفراد الذى يبالغون فى شكواهم من كبر الردفين مثلاً أو عدم إتساق ملامح الوجه. ويتم بعد ذلك مقارنة إدراكاتهم تلك مع الحجم والشكل الحقيقيين الذين يبدون عليهما وذلك حتى يتم إدراك مظهرهم الجسمى بما هو عليه بشكل دقيق.

وتتمثل الخطوة التالية فى البرنامج فى قيام الأفراد بتحديد سلم هرمى للجوانب التى تتعلق بمظهرهم الجسمى وذلك بحسب ماتسببه لهم من ضيق وإنزعاج أو كرب. وفى هذه المرحلة يمكن إستخدام فنيات التعريض ومنع الإستجابة، ووقف الأفكار، وصرف الإنتباه، والتدريب على الإسترخاء حتى يتم التخلص من هذا الضيق والكرب المتعلق بتلك الجوانب أو الملامح أو حتى التخفيف من حدته، علماً بأنه لايطلب من أى مفحوص أن يظهر أياً من هذه الجوانب أو الملامح إذا كانت تحت ملابسه. كذلك يتم تدريب المفحوصين على القيام بالإحجام عن حديثهم الذاتى الناقد، وأن يقدموا وصفاً حياً أكثر موضوعية لأجزاء جسمهم كأن يقول الفرد مثلاً أن أنفه مستديرة بدلاً من أن يقول أن وجهه يشبه وجه الحصان

مثلاً. ثم يتم تدريبهم على أن يقوموا فى المنزل بالتدرج خلال السلم الهرمى الذى قاموا بتحديده من خلال إستخدام فنية التعريض على أن يتم ذلك تخيلياً أولاً، ثم أمام المرآة بعد ذلك سواء تم ذلك وهم يرتدون ملابسهم أو بدون ملابسهم، وأن يتخلصوا من الوصف السلبى لذواتهم ولمظهرهم الجسمى.

وجدير بالذكر أن المفحوصين يقوموا خلال فترة البرنامج العلاجى بالإحتفاظ بمذكرات يومية عن صورة الجسم، ويسجلون فيها المواقف المرتبطة وما يتعلق بها من أفكار وإعتقادات ترتبط بصورة الجسم وأثرها على وجداناتهم وسلوكهم. كذلك عليهم أن يقوموا بتحديد الأفكار اللاتواؤمية ويسجلونها فى تلك المذكرات حتى يتم التعامل معها بعد ذلك كى يقوموا بتصحيح مثل هذه الأفكار لأن بعضها قد يكون حقيقياً ويسبب لهم الخجل. وهنا يتم تنويع تلك المواقف التى تستخدم فيها فنية التعريض وذلك فيما يتعلق بمدى معرفة الفرد بالآخرين الذى تشملهم مثل هذه المواقف، ومدى إقترابه جسمياً منهم، ونمط التفاعلات الإجتماعية كأن يقوم مثلاً بالتحدث أمام مجموعة فى مقابل التحدث إلى زميل، وكذلك التحدث إلى رئيسه فى العمل فى مقابل التحدث إلى صديق.

وإلى جانب ذلك يمكن إستخدام فنية منع الإستجابة للإقلال من سلوكيات تفحص الجسم فيتوقف الفرد مثلاً عن وزن نفسه باستمرار، أو تفحص مظهره الجسمى فى المرآة، أو قياس حجم الجسم أو محيطه باستخدام شرائط القياس أو ملابس خاصة معينة، أو التوقف عن مقارنة نفسه بالآخرين. وجدير بالذكر أن مثل هذه المقارنة تمثل شكلاً من أشكال تفحص الجسم أو المظهر الجسمى.

وبالإضافة إلى ذلك يتم تدريب الأفراد على أسس معينة تساعد فى منع حدوث إنتكاسة ويتضمن ذلك الإستعداد لحضور المواقف المختلفة دون أن يكون لها أثر سلبى عليهم.

هذا وقد أكدت الدراسات التى إستخدمت العلاج المعرفى السلوكى مع إضطراب صورة الجسم أن له فعاليته فى هذا الصدد حيث يؤدى إلى الإقلال من

حدة أو شدة الأعراض المرضية فيقل معدل تفحص الأفراد لأجسامهم فى المرآة أو مقارنة أنفسهم بغيرهم، ويقل معدل إنشغالهم بمظهرهم الجسمى وعدم رضاهم عن شكلهم أو شكل وحجم أعضاء معينة من أجسامهم، وهو ما يمكن أن يتضح من خلال ما يحصل عليه المفحوصون من درجات على المقاييس النفسية المستخدمة أو من خلال ملاحظة ما يصدر عنهم من أنماط سلوكية. كما يمكن أن يؤدى ذلك أيضاً إلى تحسن تقديرهم لذواتهم.

ولكن هذا لايمنع من أن بعض المرضى قد لايتحسنون بالقدر الكافى أو بالقدر الذى نطمح إليه عند بداية تطبيق البرنامج. ويحتاج مثل هؤلاء المرضى بطبيعة الحال إلى مدة أطول من العلاج على أن يتم ذلك بشكل مكثف، وأن يتم إستخدام فنية التعريض ومنع الإستجابة خارج نطاق العيادة أو المكان الذى يتم فيه تقديم العلاج وذلك فى المواقف الإجتماعية الواقعية. كذلك من المفيد فى هذا الصدد أن يتكامل هذا الأسلوب العلاجى لهؤلاء المرضى مع العلاج بالعقاقير إذ من الممكن أن تعطى لهم بعض المهدئات أو المسكنات لعلها تلعب دوراً فى علاج ما يشعرون به من قلق وكرب. وتعتبر مشتقات هرمون السيروتونين Serotonin من أفضل العلاجات الطبية التى يمكن إستخدامها فى هذا الصدد.

ومن المقاييس النفسية التى يمكن أن تفيد فى هذا الجانب ما يلى:

- مقياس إضطراب صورة الجسم Body dysmorphic disorder Examination الذى أعده كل من روزن ورايتر (١٩٩٤) Rosen & Reiter والذى يتألف من ٣٢ عبارة ويقيس الأعراض المعرفية والسلوكية لإضطراب صورة الجسم. ويمكن أيضاً من خلاله التعرف على شعور الفرد الذاتى بمظهره الجسمى ومدى إنشغاله بذلك، والأفكار المبالغ فيها التى تتعلق بمظهره الجسمى والتى يتضمنها تقييمه الذاتى، وتجنب المواقف الإجتماعية أو تجنب التعرض لما يرى أنه يمثل نقائص أو عيوب فى مظهره الجسمى، والتمويه أو الخداع الجسمى، وسلوك تفحص

الجسم. ويمكن إعطاء درجتين من خلال هذا المقياس إحداهما لمدى وجود تلك الأعراض، والأخرى لمدى شدتها.

- إستبيان شكل الجسم Body Image Questionnaire الذى أعده كوبر وآخرون (١٩٨٧) Cooper et. al والذى يقيس رغبة المفحوص فى أن يقل وزنه، وعدم رضاه عن مظهره الجسمى، وإنخفاض مشاعر قيمة الذات بناء على وزن الجسم وشكله.
- مقياس تقييم المظهر الجسمى Appearance Evaluation Scale والذى يعد واحداً من سبعة مقاييس يتضمنها إستبيان العلاقات الذاتية الجسمية متعددة الأبعاد Multidimensional body self - relations Questionnaire الذى أعده براون وآخرون (١٩٩٠) Brown et. al والذى يعتمد على سبعة أوزان للجاذبية الجسمية أو عدم الجاذبية، والرضا أو عدم الرضا عن المظهر الجسمى.
- المقياس الموجز للأعراض Brief Symptom Inventory الذى أعده ديروجاتيز وسبنسر (١٩٨٢) Derogatis & Spencer ويعطى درجة كلية لمدى شدة الإزعاج أو الكرب النفسى للفرد فيما يتعلق بمظهره الجسمى.
- مقياس روزنبرج لتقدير الذات Rosenberg self - esteem Scale الذى أعده روزنبرج (١٩٧٩) Rosenberg و يتضمن تقديراً لإتجاهات الفرد فيما يتعلق بقيمته الذاتية.
- ويمكن إستخدام مقياس تقدير الذات الذى أعده المؤلف (١٩٩١).

ثانياً: الشره العصبى للطعام bulimia Nervosa

طبيعة الإضطراب

يرتبط بصورة الجسم إضطراب آخر هو الشره العصبى للطعام والذى يعد أيضاً من التطبيقات الحديثة للعلاج المعرفى السلوكى حيث لم تتحدد له محكات تشخيصية إلا حديثاً، ومن ثم لم ينل الإهتمام الكافى كمشكلة إكلينيكية إلا

حديثاً أيضاً. ويتسم هذا الإضطراب بنوبات من الأكل الصاخب binge eating والتقيؤ المثار ذاتياً، وغالباً ما تصاحبه زيادة فى الوزن. وتبلغ نسبة هؤلاء الأفراد بين ٢٥٪ - ٣٥٪ من إجمالى أعداد أولئك الذين يسعون إلى العلاج من زيادة الوزن.

وجدير بالذكر أن معدل إنتشار الأكل الصاخب يزداد مع زيادة المخزون الدهنى فى أنسجة الجسم adiposity ومن ثم يسبب مشكلة عامة نسبياً يبذل الأفراد معها محاولات مستميتة وذلك لمنع زيادة الوزن. ونظراً لما يصاحب الشره العصبى من زيادة فى الوزن، وما يلازمه من إضطرابات نفسية تنعكس فيما يخبره أولئك الأفراد من مستويات مختلفة من الإضطرابات النفسية، فإنه يمثل تهديداً خطيراً لصحة الإنسان النفسية والجسمية. ومن ناحية أخرى فإن هذا التلازم بين زيادة الوزن وتلك الإضطرابات النفسية يسبب مشكلة فى سبيل العلاج ويمثل تحدياً أمام المعالج عليه أن يعمل جاهداً على التصدى له ومواجهته حتى يحقق النجاح فى مهمته.

ويتضمن هذا الإضطراب عناصر معرفية وأخرى سلوكية؛ أما العناصر المعرفية فتتضمن الإنشغال الزائد بوزن الجسم، وحجمه، وشكله، وتشوه صورة الجسم، ورغبة من الفرد فى أن يكون أكثر نحافة حيث تضع النماذج الخاصة بالشره العصبى أهمية كبيرة على نسق القيم فى المجتمع والذى يجعل من النحافة هدفاً مرغوباً خاصة بالنسبة للإناث. هذا إلى جانب إدراك الفرد أنه لا يمكنه أن يسيطر على نفسه أثناء نوبات الأكل الصاخب أو حتى عندما يرى الطعام، فى حين تضم العناصر السلوكية نوبات متكررة من الأكل الصاخب، والتقيؤ المثار ذاتياً، وزيادة فى الوزن. وغالباً ما يصاحب هذا الإضطراب بالعديد من التوترات والإضطرابات كالإكتئاب والقلق، إلى جانب إنخفاض تقدير الذات، وجميعها يثار عن طريق التفاعل بين الشخصى.

وتؤكد الأدلة الإكلينيكية أن الشره العصبى يميل إلى أن يسلك مضماراً مزمناً

حيث يكون لمعظم المرضى تاريخ مرضى سابق يتضمن إستمرار تلك الأعراض لعدة سنوات، وغالباً لايكون هؤلاء المرضى قد قاموا من قبل بأى محاولات سابقة تهدف إلى العلاج. ومن هذا المنطلق تعد إستجابة مثل هؤلاء المرضى للعلاج على المدى البعيد بمثابة النتيجة موضع الإهتمام عند إستخدام أحد أساليب العلاج النفسى معهم والتى تراوحت بين العلاج المعرفى، والعلاج السلوكى، والعلاج بين الشخصى، والعلاج المعرفى السلوكى، والعلاج بالعقاقير.

وهناك العديد من المؤشرات التى يمكن أن نتنبأ من خلالها بتلك الإستجابة للعلاج على المدى البعيد منها على سبيل المثال مستوى تقدير هؤلاء المرضى لذواتهم حيث تزداد إيجابية النتائج كلما إرتفع مستوى تقدير الذات لدى هؤلاء المرضى، والعكس صحيح. كذلك فهناك مؤشر آخر يتمثل فى مدى تشوه إتجاهاتهم وإعتقاداتهم وأفكارهم المتعلقة بهذا الموضوع وإختلالها أى مايتعلق منها بالأكل وعادات الطعام ووزن الجسم وشكله وصورة الجسم بشكل عام، وكلما كانت تلك الإتجاهات والإعتقادات والأفكار مشوهة أثر ذلك سلباً على إستجابة المرضى على المدى البعيد، والعكس صحيح. ومن هذه المؤشرات أيضاً مدة دوام الإضطراب، وسن الفرد عند بداية هذا الإضطراب، ووجود تاريخ مرضى لفقد الشهية العصبى، ومعدل تكرار نوبات الشره، ومدى حدة الإضطراب وشدته، ومدى وجود إضطرابات سيكاترية أخرى، والدرجة الكلية لإضطراب الشخصية حيث نجد أنه كلما إستمر الإضطراب لمدة طويلة، وبشكل أكثر حدة، وبدأ لدى الفرد عندما كانت سنه لاتزال صغيرة، وكان يعانى من فقد الشهية العصبى، وكلما إزدادت نوبات الشره ولم يستطع الفرد أن يمسك نفسه عن الأكل، وكان يعانى من إضطرابات سيكاترية أخرى كالمشاعر الإكتئابية والقلق والخوف من تشوه صورة الجسم أدى ذلك إلى حدوث إختلال فى الشخصية وكان له أثر سلبى على إستجابة الفرد على المدى البعيد، والعكس صحيح.

وإلى جانب ذلك فهناك عدد من الميكانيزمات التى تترك أثراً واضحاً على نجاح الأسلوب العلاجى المستخدم ومدى فاعليته، منها معدل الجوع والشبع كما يدركه

الفرد، ومدى وجود أنماط سلوكية معينة تتعلق بالأكل، وعدم تحديد الفرد لأوقات معينة يتناول فيها وجباته، أو تناول وجبات خفيفة بشكل غير منتظم بين الوجبات الأساسية أى تناولها فى أى وقت بين الوجبات الأساسية، والفشل فى تخطيط ووضع نظام معين لتناول الطعام وتنفيذه، إضافة إلى العمليات المعرفية كالكفاءة أو المقدرة الذاتية، وعمليات العزو.

ويرى روسيل Russel أن هناك أسلوبين يقودان إلى الشره العصبى للطعام يتمثل الأول منهما فى الشعور بفقد الشهية العصبى، أما الثانى فينتج مباشرة من أسباب نفسية أخرى. ووفقاً للأسلوب الأول فإن الشره العصبى ينشأ من فقد الشهية العصبى الذى يتسبب فى حدوثه مجموعة من العوامل النفسية والأسرية والبيئية والفسيولوچية أو الحرمان الفسيولوچى الناتج عن قصور فى الدورة الغذائية. ويرى جمع من الباحثين أن فقد الشهية العصبى يؤدى إلى إرسال إشارات عصبية إلى القشرة المخية فتؤدى بدورها إلى إختزان الطعام. كذلك فإن سلوك مرضى فقد الشهية العصبى حيال دخولهم المستشفى نظراً لخطورة حالاتهم، ووجود برنامج غذائى لفترة محددة كمحاولة لزيادة وزنهم بسرعة مع الخوف من تطور الحالة إلى جانب بعض العوامل الأخرى سوف يؤدى إلى رفض تلك الحالات للطعام الذى تعرضه على نفسها فتقع بالتالى تحت ضغط من النوع البيولوچى الداخلى وضغط من النوع البيئى الخارجى (الأسلوب الثانى) يعملان بمثابة تعزيز موجب للأكل يفقدها عملية الضبط التى تفرضها على الطعام. كذلك فمن الأسباب المؤدية إلى الشره العصبى قيام الفرد بتقليد نماذج أخرى من أولئك الذين يعانون من هذا الإضطراب، هذا التقليد الذى يدفع به إلى أن يكون واحداً منهم.

المحكات التشخيصية للإضطراب

يحدد DSM - IV جملة من المحكات التى يتم فى ضوئها تشخيص هذا الإضطراب نعرض لها على النحو التالى:

أولاً: حدوث نوبات متكررة من الأكل الصاخب. وتتميز نوبة الأكل الصاخب بما يلى:

أ ـ أن يأكل الفرد خلال فترة زمنية محددة ـ كأن تكون ساعتين على سبيل المثال ـ كمية من الطعام أكثر بشكل واضح مما يمكن أن يأكله غالبية الناس خلال فترة زمنية مماثلة وفى ظل ظروف مشابهة.

ب ـ أن يشعر الفرد بأنه غير قادر على أن يقوم بالسيطرة على نفسه، ومن ثم لايستطيع الإمتناع عن الأكل خلال النوبة كأن يشعر بأنه لايستطيع التوقف عن تناول الطعام أو أنه لايستطيع التحكم فى نوع أو كم الطعام الذى يتناوله.

ثانياً: حدوث سلوك تعويضى متكرر وغير ملائم يبتغى الفرد من ورائه إيقاف زيادة وزنه كأن يعمل على أن يجعل نفسه يقوم بالتقيؤ (التقيؤ المثار ذاتياً)، أو يسئ إستخدام الملينات laxatives أو الأدوية المدرة للبول diuretics أو الحقن الشرجية enemas أو أى عقاقير أخرى، أو يلجأ إلى الصوم، أو يفرط فى أداء التمرينات الرياضية.

ثالثاً: حدوث الأكل الصاخب والسلوكيات التعويضية غير الملائمة مرتين فى المتوسط أسبوعياً على الأقل وذلك لمدة ثلاثة شهور.

رابعاً: أن يتأثر التقييم الذاتى للفرد بشكل جسمه ووزنه.

خامساً: لايحدث هذا الإضطراب خلال نوبات فقد الشهية العصبى.

وإلى جانب ذلك يجب أن نحدد ما إذا كان هذا الإضطراب من النوع المصحوب بقئ أم من النوع غير المصحوب بقئ وذلك على النحو التالى:

أ ـ النوع المصحوب بقئ: يقوم الفرد خلال نوبة الشره العصبى بشكل منتظم بالقئ المثار ذاتياً، أو يقوم بإساءة إستخدام الملينات، أو الأدوية المدرة للبول، أو الحقن الشرجية.

ب ـ **النوع غير المصحوب بقئ:** يقوم الفرد خلال نوبة الشره العصبى باللجوء إلى سلوكيات تعويضية أخرى غير ملائمة كالصوم أو الإفراط فى أداء التمرينات الرياضية، ولكنه لايقوم بالقئ المثار ذاتياً أو بإساءة إستخدام الملينات أو الأدوية المدرة للبول أو الحقن الشرجية.

العلاج المعرفى السلوكى للشره العصبى

يعد العلاج المعرفى السلوكى من العلاجات الفعالة مع الشره العصبى للطعام bulimia Nervosa حيث يعمل على التأثير فى سلوكيات الأكل الصاخب فيؤدى إلى الإقلال من معدل حدوثه إلى جانب الإقلال من حدة الإضطرابات النفسية التى تلازمه. وعندما يقلع الفرد عن الأكل الصاخب بسبب العلاج يقل وزنه كثيراً. وهذا يعنى أننا يجب أن نعالج الأكل الصاخب أولاً، ثم نلتفت بعد ذلك إلى الوزن.

وإذا كان من الممكن إستخدام بعض أشكال العلاج النفسى الأخرى لعلاج الشره العصبى كالعلاج المعرفى، أو العلاج السلوكى، أو العلاج بين الشخصى، أو حتى العلاج بالعقاقير فإنها لم تصل إلى درجة الفاعلية المطلوبة، ومن ثم يعتبر العلاج المعرفى السلوكى هو أفضل هذه الأساليب العلاجية على الإطلاق فى علاج الشره العصبى حيث تقوم العلاجات الأخرى كالعلاج السلوكى على سبيل المثال بالإقلال من المعدلات المرتفعة لتناول الطعام فى الوقت الذى تبقى فيه العديد من العادات المرتبطة بتناول الطعام كما هى. أما العلاج المعرفى فيركز على الجوانب المعرفية فقط، فى حين يعتمد العلاج بالعقاقير على مضادات الإكتئاب التى تدخل فيها مشتقات السيروتونين والتى وإن كانت قد أثبتت بعض الفاعلية فى هذا الصدد فإنها تعد غير مفضلة فى كثير من الأحيان نظراً لما يصاحبها من آثار جانبية غير مرغوبة كالإمتناع الحاد عن الطعام الذى قد يصل إلى حد فقد الشهية والذى يمكن أن يؤدى إلى حدوث إنتكاسة مع إنتهاء العلاج. أما العلاج المعرفى السلوكى فيعمد من خلال الميكانيزمات المتضمنة فى العملية العلاجية إلى التأثير على الإتجاهات

المشوهة التى تتعلق بشكل الجسم ووزنه وصورته والعادات الغذائية، ومن ثم يساعد على تحديد نظام غذائى معين تتحدد فيه ملامح ثابتة لثلاث وجبات غذائية يتمسك المريض به ويغير بالتالى من مفهومه لذاته، ومن مقدرته الذاتية، ومن إعتقاداته وأفكاره المشوهة، ومن ثم يعد هذا الأسلوب العلاجى هو الأفضل على المدى البعيد. ومن هذا المنطلق يعد فعالاً فى هذا الإطار ولا يعادله أو حتى يتفوق عليه فى بعض المواقف سوى العلاج بين الشخصى Interpersonal therapy الذى يعتمد على التعامل مع المشكلات الإجتماعية التى تنتج عن هذا الإضطراب ومدى تأثيرها على وجدان الفرد مما يعمل على زيادة قدرته على التعامل مع المواقف الإجتماعية والإنفعالية المشكلة.

وإذا كان الشرة العصبى يرتبط ببعدين أولهما شخصى ويتعلق بالأفكار والعادات الغذائية للفرد، فإن العلاج المعرفى السلوكى يعد هو الأفضل فى هذا الجانب، أما البعد الثانى فيتعلق بالتغيرات الوجدانية الناتجة عن التفاعلات بين الشخصية ويعد العلاج بين الشخصى هو الأفضل فى ذلك الجانب. وفى حالة عدم إستجابة بعض المرضى للعلاج المعرفى السلوكى بالشكل المطلوب يمكن اللجوء للعلاج بين الشخصى حيث يعمل كلاهما من خلال العديد من الميكانيزمات. ويمكن إستخدام كل منهما بمفرده لكن يفضل دمجهما معاً كشكل من أشكال التكامل العلاجى integration وهو الإتجاه الذى إزداد فى الآونة الأخيرة، وكشف عن نتائج مبشرة.

وإذا كان النموذج المعرفى السلوكى ينظر إلى الشره العصبى على أنه الإمتناع الشديد عن إتباع أى نظام غذائى والذى يؤدى إلى صياغة قواعد صارمة لتناول الطعام مما يؤدى إلى الأكل الصاخب الذى يؤدى بدوره إلى زيادة الوزن، ومن ثم إلى التقيؤ كسلوك تعويضى غير ملائم، فإنه من المعتقد أن هذه الدائرة من الأحداث تحركها قوى مجتمعية كإعلانات الموضة وغيرها والتى تضع قيمة كبيرة على مدى نحافة الجسم. ولذا يهدف العلاج المعرفى السلوكى إلى التغلب على تلك المشكلات وذلك بتحديد نمط سلوكى عادى لتناول الطعام، إلى جانب تعريض

المرضى لتلك الأطعمة التى يخشونها، وتعديل معارفهم المشوهة التى تتعلق بتناول الطعام وصورة الجسم، إضافة إلى أخطاء التعميم الزائد، وتحديد التغيرات الإنفعالية التى تحدث عند رؤية الطعام وذلك بغرض تعديلها. من هذا المنطلق تعد مراقبة الذات Self - monitoring فيما يتعلق بالعادات الغذائية، والأحداث التى تسبق الأكل الصاخب والتقيؤ إلى جانب النتائج المترتبة على ذلك بمثابة إجراءات علاجية أساسية فى هذا الصدد حيث تعمل على الفحص الشامل والدقيق للعادات الغذائية، وتعمل كأساس للعملية العلاجية وما يحدث فيها من تقديم للمشورة والنصيحة، ومن تغير سلوكى مرغوب. وتعمل المعلومات التى يتم الحصول عليها من خلال مراقبة الذات على تشكيل نمط عادى لتناول الطعام وذلك من جانب كل من المريض والمعالج على أن يتضمن ذلك النمط ما يلى:

أ ـ تناول المريض لثلاث وجبات محددة فى اليوم.

ب ـ زيادة متدرجة فى كمية الطعام التى يتناولها المريض وخاصة فى الصباح.

جـ ـ تقديم تشكيلة متنوعة من الأطعمة فى الوجبة الواحدة تتضمن ذلك النوع من الطعام الذى يخشاه المريض.

وإلى جانب ذلك فإن تقديم المعلومات التى تتعلق بهذا الإضطراب للمرضى ومناقشتها معهم، وفحص تلك المواقف التى يمكن أن يحدث خلالها إفراط من جانب المريض فى تناول الطعام، والتدريب على إستراتيجيات حل المشكلات تلعب دوراً أساسياً وهاماً فى هذا الصدد. وقد أكدت الدراسات التى إستخدمت هذا الأسلوب العلاجى أنه قد أدى إلى تقليص معدل حدوث الأكل الصاخب والتقيؤ المثار ذاتياً بنسب تتراوح بين ٥٢٪ ـ ٩٦٪ وأن النسب المئوية للمرضى الذين إمتنعوا عن الأكل الصاخب والتقيؤ مع إنتهاء البرنامج العلاجى تتراوح بين ١٥٪ ـ ٩٠٪ وأن آثار العلاج قد تستمر كما يرى فيربورن (١٩٨٨) Fairburn لمدة طويلة بعد نهاية العلاج قد تصل إلى أربع سنوات.

أما عن البرامج العلاجية فى حد ذاتها والتى يمكن إستخدامها مع هؤلاء الأفراد

فهى تتراوح فيما تضمه من جلسات بين ثمانى جلسات إلى إثنتى عشرة أو أربع عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مدتها ساعة واحدة، حيث هناك من الباحثين من صمم برنامجه العلاجى على هذا النحو أو ذاك، ولكل من الطرفين مبرراته. وتعمل البرامج التى تستغرق ثمانى جلسات على تناول الشق الذاتى من المشكلة أولاً، ومن ثم تحاول من خلال الجلستين الأولى والثانية أن تقوم بتغطية مراقبة الذات وأهميتها فى العلاج، وإعطاء معلومات للمرضى عن التغذية، وعن الأكل الصاخب، وتتم المناقشة فى هذا الإطار. وعلى ذلك تتمثل الإستراتيجيات المستخدمة خلال هاتين الجلستين فى التعليم النفسى، ومراقبة الذات. ويتم خلال الجلسات من الثالثة إلى السابعة إتباع النموذج المعرفى السلوكى مع التركيز على النشاط المعرفى كعامل وسيط بين الأحداث البيئية، والسلوك، وما يترتب على ذلك من نتائج. ويتم التركيز فى هذا الصدد على المعتقدات المختلة وظيفياً والمعارف المشوهة. ويمكن خلال تلك الجلسات إستخدام فنيات إعادة البناء المعرفى، وتصحيح وتعديل وتغيير الإعتقادات المختلة وظيفياً، والتدريب على السلوك التوكيدى (التوكيدية)، والتدريب على مهارة حل المشكلات، والتدريب على الإسترخاء. ومما لاشك فيه أن الإعتقادات المختلة وظيفياً تتعلق فى هذا الإطار بكل من الأكل والوزن وصورة الجسم، وأنه يتم التوصل إليها وتحديدها عن طريق مراقبة الذات والتى يمكن أن تفيد أيضاً فى التعرف على عادات الأكل وما يرتبط بها من تشويهات معرفية. ويقوم المعالج بتوضيح أفكار العميل المشوهة ومخاوفه، ويطلب منه أن يقوم بإعادة صياغتها من جديد وذلك بعد تدريبه على الإستراتيجيات التواؤمية لمواجهة المعارف والمشاعر والمواقف التى يمكن أن تؤدى إلى الأكل الصاخب والتقيؤ. ويتم فى كل جلسة تحديد الواجبات المنزلية التى ترتبط بما تم التدريب عليه أثناء الجلسة. أما فى الجلسة الثامنة فيتم إعطاء العملاء معلومات حول التعزيز الذاتى، ويطلب منهم الإستمرار فى مراقبة الذات، والإبقاء على نظام غذائى جيد، والإستمرار فى إستخدام المهارات التى تم تعلمها والتدريب

عليها خلال البرنامج. كما يتم أيضاً تعزيز إستراتيجيات حل المشكلات لأنها تعد عاملاً أساسياً فى منع حدوث الإنتكاسة. relapse prevention Strategy فى حين تتم المتابعة بعد مرور فترة زمنية لاتقل عن ستة شهور من إنتهاء البرنامج العلاجى.

ومن ناحية أخرى نجد أن البرامج العلاجية التى تستغرق ما بين إثنتى عشرة إلى أربع عشرة جلسة تنطلق من مبدأ أن هناك بعدين أساسيين فى هذا الإضطراب أحدهما ذاتى وهو ما يتم البدء به وذلك من خلال العلاج المعرفى السلوكى، أما الآخر فهو بعد إجتماعى يفضل أن نستخدم العلاج بين الشخصى عند تناوله على أن تحدث هذه الخطوة بعد الإنتهاء من العلاج المعرفى السلوكى دون وجود فاصل بينهما. وهناك برامج أخرى مماثلة تتبع مع هؤلاء الأفراد ولكنها تستخدم العلاج المعرفى السلوكى لمدة إثنى عشر أسبوعاً تقريباً، فإذا حدثت إستجابة للعلاج من جانب المرضى تبدأ معهم مرحلة ثانية من العلاج تستغرق مدة مماثلة وتهدف إلى تقليل الوزن. أما إذا لم يستجب المرضى للعلاج المعرفى السلوكى فيتم البدء معهم من جديد فى برنامج للعلاج بين الشخصى interpersonal therapy يستمر لمدة مماثلة، ثم ننتقل بعد هذه المرحلة إلى مرحلة تقليل الوزن والتى تستمر لمدة أخرى مماثلة.

وكما سبق القول عند بداية الحديث عن العلاج المعرفى السلوكى للشره العصبى أننا يجب أن نعالج الأكل الصاخب أولاً، ثم ننتقل بعد ذلك إلى الوزن، وهذا ما يحدث بالنسبة لكل البرامج العلاجية المعرفية السلوكية سواء إستغرقت ثمانية أسابيع أو إثنى عشر أسبوعاً أو أربعة عشر أسبوعاً حيث يتم عند إنتهاء البرنامج اللجوء إلى برنامج لتقليل الوزن يستغرق مدة مماثلة، أو برنامج للعلاج بين الشخصى لمدة مماثلة ثم برنامج لتقليل الوزن.

وفى هذا الإطار يتكون البرنامج العلاجى فى الغالب من إثنتى عشرة أو أربع عشرة جلسة علاجية بواقع جلسة واحدة أسبوعياً تستمر ساعة واحدة أو ساعة ونصف الساعة فى بعض البرامج وتتطلب بعض البرامج التأكد من وزن الجسم

ومراجعته أسبوعياً مع برنامج للمشى يتضمن قيام العميل بالمشى ثلاث مرات أسبوعياً مدة كل منها نصف ساعة كحد أدنى، وتعليم العملاء إختيار الأطعمة التى تعد أقل فى نسبة الدهون أى التى تحتوى على نسبة أقل من الدهون. ويتمثل الهدف من مثل هذه الإضافات التى تلحق بالبرنامج إلى إيقاف زيادة الوزن التى يمكن أن تحدث خلال البرنامج العلاجى. ويتم إستخدام فنية مراقبة الذات ليقوم العملاء من خلالها بتصوير أسلوبهم فى تناول الطعام، وملاحظة التغيرات التى يمكن أن تحدث لهم، وتصوير نوبات الأكل الصاخب من جانبهم، وأفكارهم، ووجداناتهم قبل وبعد الأكل الصاخب. وهذا بطبيعة الحال يمثل لب العلاج حيث يهدف إلى التغيير التدريجى لأنماط الأكل حتى نصل فى النهاية إلى تدريبهم على الأكل ثلاث مرات منتظمة ومتوازنة فى اليوم، مع تدريبهم أيضاً على خفض معدل تجنبهم للأطعمة الممنوعة وذلك لتعزيز ضبط الذات، وتقليل مشاعر الحرمان إلى الحد الأدنى.

وإلى جانب ذلك يتم تدريب العملاء على أنماط السلوك التكيفية التى تستخدم كأساليب مواجهة، وتدريبهم على الإجراءات اللازمة لمنع حدوث إنتكاسة والتى تتضمن حل المشكلات، والتدريب على أساليب المواجهة الأكثر فاعلية.

وهناك شروط يجب أن تتحقق فى العميل كى ينجح البرنامج يمكن إجمالها فيما يلى:

١ ـ أن يكون وزن العميل قد قل قبل نهاية البرنامج بأربعة أسابيع على الأقل.

٢ ـ أن يؤدى برنامجاً لتمرينات الأيروبك أو يقوم بالمشى ثلاث مرات أسبوعياً لمدة لاتقل عن نصف ساعة على الأقل فى كل مرة.

٣ ـ أن يمتنع عن الأكل الصاخب قبل نهاية البرنامج بأسبوعين على الأقل.

وجدير بالذكر أن العملاء الذين لاتنطبق عليهم هذه الشروط يجب أن يتم

إخضاعهم لبرنامج العلاج بين الشخصى وذلك لمدة مماثلة، أما أولئك الذين تنطبق عليهم تلك الشروط فيخضعون لبرنامج آخر لتقليل أوزانهم يتضمن إثنتى عشرة جلسة علاجية ويهدف إلى تعليمهم التحكم فى أوزانهم، ومدة كل جلسة ساعة واحدة أو ساعة ونصف الساعة أيضاً.

أما برنامج العلاج بين الشخصى فيتضمن هو الآخر إثنتى عشرة جلسة مدة كل منها ساعة ونصف الساعة، ويركز على الأمور بين الشخصية كتلك التى تستخدم لعلاج الإكتئاب. وتركز الجلسات الأولى على إعطاء العملاء خلفية عن العلاج، والهدف منه، وطريقة تنفيذه، وتبصيرهم بأن الأكل الصاخب يثار عن طريق مشاعر سلبية تنبع من العديد من المشكلات بين الشخصية كالعزلة الإجتماعية والخوف من الرفض. كما يعمل أيضاً على تحديد المجالات التى تظهر خلالها تلك المشكلات. أما الجلسات الوسطى فتركز على توضيح وتغيير المشكلات بين الشخصية التى تم تحديدها. فى حين تركز المرحلة الأخيرة من العلاج على تقييم مدى التقدم الذى يحققه العملاء مع التمهيد لإنهاء البرنامج العلاجى.

هذا ويتم عند إختيار عينة الدراسة إستبعاد المفحوصين وفقاً للشروط التالية:

١ ـ إذا قل السن عن ١٨ سنة أو زاد عن ٦٥ سنة.

٢ ـ إذا كان العميل يتعاطى علاجاً طبياً معيناً (عقاقير) أو أى علاج نفسى آخر.

٣ ـ إذا كان هناك تلازم مرضى كأن يعانى العميل إلى جانب الشره العصبى من الفصام، أو أى إضطرابات وجدانية، أو كان يتعاطى الكحوليات أو المخدرات، أو كان يعانى من أى مرض عضوى آخر.

٤ ـ أن يكون العميل الأنثى حاملاً.

٥ ـ أن تحدث للعميل نوبات من فقد الشهية العصبى.

ومن الفنيات التى يمكن إستخدامها فى تلك البرامج العلاجية المعرفية السلوكية التعريض لأنواع مختلفة من الأطعمة ومنع الإستجابة، أى تغيير الأحداث البيئية

ونواتجها التى يعتقد أنها تتحكم فى الإستجابة لدورة الأكل الصاخب وما يليها من تقيؤ، وهذا يعنى التعريض للطعام ومنع حدوث التقيؤ. كما تستخدم مراقبة الذات وذلك لتصوير أنماط الأكل، والتفكير، والوجدانات المختلة وظيفياً مما قد يساعد فى خفض مستوى القلق المصاحب، والخوف من زيادة الوزن، وما يرتبط بذلك من إضطراب صورة الجسم، ويسهم إلى جانب ذلك فى التعرف على الإعتماد المتبادل بين نسق إعتقادات الفرد وأنماطه السلوكية، والعمل على تغيير العمليات المعرفية المختلة وظيفياً حول الفرد وحول البيئة، ومن ثم تغيير الجوانب المعرفية والسلوكية للأكل الصاخب. كما يمكن أيضاً إستخدام التدريب على السلوك التوكيدى، والتدريب على حل المشكلات والتى تعمل كإستراتيجيات للمواجهة تسهم فى عدم حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى. وكذلك يمكن إستخدام ضبط النفس، والواجبات المنزلية.

ويمكن إستخدام عدد من المقاييس النفسية فى هذا الصدد وذلك بغرض التشخيص وتقييم مدى التقدم الذى يتم إحرازه من خلال البرنامج العلاجى المستخدم. ومن هذا المنطلق تستخدم فى كل من القياس القبلى والبعدى والتتبعى. ومن هذه المقاييس ما يلى:

- إستبيان العوامل الثلاثة المرتبطة بالأكل-The Three - Factor - Eating Questionnaire الذى أعده ستونكارد وميسيك (١٩٨٥) Stunkard & Messick لقياس المانع أو التقييد المعرفى، والجوع، وعدم الإمتناع عن الأكل.
- مقياس الأكل الصاخب The Binge Eating Scale الذى أعده جورمالى وآخرون (١٩٨٢) Gormally et. al والذى يستخدم لقياس مدى حدة الأكل الصاخب بالنسبة للعميل.
- قائمة الأعراض The Symptom Check List التى أعدها ديروجاتيز (١٩٧٧) Derogatis وذلك للتعرف على تلك الأعراض المرتبطة بالأكل الصاخب والتى يعانى منها العميل.

- مقياس إضطرابات الأكل The Eating Disorders Inventory الذى أعده جارنر وأولمستيد (١٩٨٤) Garner & Olmsted ويتكون من ٦٤ عبارة تعمل على تقييم الأبعاد المعرفية والسلوكية التى ترتبط بإضطرابات الأكل وذلك لدى أفراد العينة.
- مقياس روزنبوم لضبط النفس Rosenbaum Self - Control Rating Scale وهو المقياس الذى أعده روزنبوم (١٩٨٠) Rosenbaum والذى يتألف من ٣٦ عبارة لتقييم ميل الفرد إلى ملاحظة، وتنظيم، ومحاولة تعديل الأحداث غير السارة سواء كانت تلك الأحداث داخلية أو خارجية والتى تتضمن إختلالات وظيفية.
- مقياس المشكلات بين الشخصية The Inventory of Interpersonal problems والذى أعده هورويتز وآخرون (١٩٨٨) Horowitz et. al.
- مقياس بيك للإكتئاب Beck Depression Inventory وقد أعده للعربية غريب عبد الفتاح (١٩٨٥).
- كما يمكن إستخدام مقياس الإكتئاب الذى أعده المؤلف (١٩٩٧).
- مقياس روزنبرج لتقدير الذات Rosenberg Self - esteem Scale أو مقياس كوبر سميث Coopersmith لتقدير الذات والذى أعده للعربية عبد الرحيم بخيت (١٩٨٥).
- كما يمكن إستخدام مقياس تقدير الذات للمؤلف (١٩٩١).

ثالثاً: فقد الشهية العصبى anorexia nervosa

طبيعة الإضطراب

يعتبر فقد الشهية العصبى من تلك الإضطرابات ذات الصلة بإضطراب صورة الجسم على الرغم من أنه يعد من إضطرابات الأكل ولكنه يرتبط بشكل الجسم ووزنه ومن ثم بصورته. ومن هنا باتت صلته وثيقة باضطراب صورة الجسم حيث يتسم هذا الإضطراب بالهزال الشديد، وبالإنشغال الدائم بشكل الجسم، وإستخدام الإستراتيجيات المناسبة لتجنب زيادة الوزن. وبذلك فهو يعد من

الإضطرابات التى تتسم باهتمام شديد بشكل الجسم ومحاولات تجنب زيادة الوزن إذ يرتبط فقد الشهية العصبى بالعزوف عن الطعام أو الإمتناع عنه بغرض الرشاقة وتحقيق معايير الجاذبية الجسمية وفقاً لثقافة المجتمع الذى يحيا فيه الفرد. وبالتالى يزداد معدل إنتشار هذا الإضطراب بين الإناث حيث قد يصل إلى حوالى ١٠% بينهن، ويكثر فى العمر الزمنى الذى يتراوح بين ١٢ ـ ١٨ سنة وحتى سن الخامسة والعشرين، وقد تصل تلك النسبة إلى حوالى ٢٠ % بين طالبات الجامعة.

وجدير بالذكر أن هذا الإضطراب لايرجع إلى أى أساس عضوى، بل يرجع فى الواقع إلى خبرة سلوكية ضاغطة يترتب عليها إنخفاض مخزون الطعام فى الجسم، ومن ثم يحدث نقص فى وزن الجسم. كما يصاحب تلك الخبرة الضاغطة تكوين مفاهيم وإعتقادات خاطئة من جانب الفرد عن كل من الأكل والوزن وشكل الجسم وصورته.

ويرى سليد (١٩٨٢) Slade أن هناك بعدين سلوكيين أساسيين يعتبران هما السبب وراء حدوث هذا الإضطراب هما البحث عن الكمال، وعدم الرضا العام. وأضاف عام ١٩٩١ إليهما بعداً آخر يعد هو ثالث هذه الأبعاد المميزة لشخصية من يعانون من هذا الإضطراب هو بعد الضبط والسيطرة. وتعد تلك الأبعاد الثلاثة بمثابة جوهر نموذج سليد Slade المعروف بالنموذج التحليلى الوظيفى لفقد الشهية العصبى الذى يصور من خلاله مسببات الإضطراب فى إطار مجموعتين من المتغيرات تتمثل الأولى فى تلك الأحداث السابقة على الإضطراب والتى يطلق عليها إسم الأحداث المسببة antecedent events (A) والتى نرى أنه بإمكاننا أن نطلق عليها إسم الأحداث المنشطة إن جاز لنا أن نستعير هذا المصطلح من إليس. أما المجموعة الثانية فتتمثل فى تلك النتائج التى تترتب على السلوك الحالى Consequences (C) والذى يتضمن الأعراض المرضية للإضطراب. فى حين نجد أن السلوك الحالى Behavior (B) يتوسط هاتين المجموعتين. ومن ثم يمكننا إختصار ذلك فى نموذج بسيط يعرف بنموذج ABC على غرار نموذج

إليس Ellis العلاجى يتضح من خلاله أن A يؤدى إلى B الذى يؤدى بدوره إلىC.

ومن ناحية أخرى يقدم فورنهام وأنتيرا (١٩٩٢) Furnham & Antera نموذجاً آخر لتلك الأسباب يعرف بالنموذج الوضعى Lay model وذلك من خلال آراء وإعتقادات وأفكار الحالات المرضية والسوية حول هذا الإضطراب والتى تتعلق بالنسق الأسرى وما يدور فيه من علاقات وتفاعلات، والنسق المجتمعى وما يسود فيه من معايير ومقاييس خاصة بشكل الجسم ووزنه وخصوصاً عند الإناث، والتغيرات الفسيولوچية وما يرتبط بها من صراعات نفسية خلال مرحلة المراهقة.

وبالنظر إلى هذين النموذجين يرى المؤلف أنه بإمكاننا أن نضع نموذج فورنهام وأنتيرا Furnham & Antera بما يضمه من آراء وإعتقادات وأفكار حول الإضطراب تتعلق بكل من النسق الأسرى والمجتمعى والتغيرات الفسيولوچية ضمن B من نموذج سليد Slade حيث أن لمثل هذه الإعتقادات والأفكار دوراً كبيراً فى تشكيل سلوك الفرد بما لا يدع مجالاً للشك. ويمكن فى ضوء هذا النموذج الجديد أن نخضع ذلك الإضطراب للعلاج باستخدام نموذج إليس ABC نظراً لأن تغيير الآراء والإعتقادات والأفكار المؤثرة على الإضطراب تؤثر بلا ريب على السلوك وذلك كما سنوضح فيما بعد.

ومن الجدير بالذكر أن هناك بعض الإضطرابات كالقلق والإكتئاب والوساوس القهرية والتوتر والخوف المفرط من السمنة ترتبط بفقد الشهية العصبى وتتلازم مرضياً معه. ويتضمن هذا الإضطراب مكونات سلوكية وأخرى معرفية تعتبر جميعاً بمثابة أسباب تكمن خلف هذا الإضطراب. وتضم المكونات السلوكية عدم الرضا العام عن الحياة وعن الذات، وإنخفاض تقدير الذات وهو ما ينشأ عن صراعات المراهقة والعلاقات بين الشخصية والضغوط التى يتعرض لها الفرد وخبرات الفشل التى يمر بها. كما تضم أيضاً البحث عن الكمال وهو ما يعد ميلاً وسواسياً، إلى جانب الحاجة إلى الضبط الكامل للعديد من الأمور والوصول إلى النجاح الكامل

فى أحد المجالات على الأقل وهو ما يعد كذلك ميلاً وسواسياً. فى حين تتضمن المكونات المعرفية آراء وإعتقادات وأفكار مختلة وظيفياً ومشوهة أحياناً تتعلق بالنسق الأسرى والمجتمعى والتغيرات الفسيولوجية التى يتعرض لها الفرد خلال المرحلة العمرية التى يمر بها وهى المراهقة.

هذا وقد مر علاج إضطراب فقد الشهية العصبى بالعديد من التغيرات ما بين الراحة فى السرير إلى التغذية السائلة من الأنف، إلى جانب إستخدام بعض العقاقير ذات الصلة، وكان يوجه ذلك فى الأساس نحو إستعادة الوزن. وعندما تم إستخدام العلاج السلوكى بعد ذلك كان يعتمد على نظام يقوم على تعزيز إستعادة الوزن أثبت فعاليته على المدى القريب، إلا أن إحتمالات حدوث إنتكاسة تتزايد مع علاجه بمثل هذا الشكل حيث يستمر العديد من المرضى على معاناتهم من إتجاهاتهم نحو الأكل والوزن. ولذلك كان لابد من التعامل مع مايرتبط به من إضطرابات إنفعالية، ومعرفية، وسلوكية وهو ما مهد الطريق لإدخال العلاج المعرفى السلوكى إلى هذا المجال. ومع ذلك لايوجد سوى دراسات قليلة منذ بداية الثمانينيات هى التى إستخدمته ولم تكن نتائجها حاسمة، وهو الأمر الذى يتطلب إجراء المزيد من الدراسات لتطوير وتحسين الآثار العلاجية لهذا الأسلوب العلاجى من خلال تحديد السمات الأساسية لأولئك المرضى الذين يتلقونه.

وعلى الرغم من التاريخ القصير نسبياً للعلاج المعرفى السلوكى فى هذا المجال فقد أصبح أسلوباً علاجياً شائعاً بين المرضى الذى يعانون من هذا الإضطراب، وهو ما فتح مجالاً جديداً أمامه.

ويرى بعض الباحثين أن ضغوطاً خارجية معينة مثل الإمتحانات أو الضغوط الباعثة على القلق الداخلى مثل البلوغ تتفاعل فى أنواع الشخصيات الحساسة مما يترتب عليه النظر إلى الرجيم الغذائى فى مثل تلك الحالة على أنه يعد حلاً لتلك المشكلات. ويتعزز نقص الوزن خارجياً من قبل الآخرين ونسق القيم الثقافية السائدة فى المجتمع والذى يؤكد على النحافة، كما يتعزز نقص الوزن داخلياً أيضاً

بفضل شعور الفرد بالإنجاز. وعلى هذا الأساس يعد إضطراب فقد الشهية العصبى دليلاً أو مظهراً لنفس جوهر إضطراب صورة الجسم حيث يتسم البروفيل الخاص به بنقص الوزن، وبتلك الأساليب المختلفة التى يلجأ الفرد إليها كى يتمكن من التحكم فى وزنه.

المحكات التشخيصية للإضطراب

يحدد DSM - IV المحكات التالية لتشخيص إضطراب فقد الشهية العصبى كأحد إضطرابات الطعام:

أولاً: رفض الإبقاء على وزن الجسم عند المعدل الطبيعى الذى يتناسب مع السن والطول، أو أكثر من ذلك بقليل حيث يؤدى فقد الوزن فى هذه الحالة إلى الإبقاء على وزن الجسم أقل من ٨٥٪ من المتوقع، أو عدم القدرة على تحقيق الزيادة المتوقعة فى الوزن خلال فترة النمو مما يؤدى إلى أن يصبح وزن الجسم أقل من ٨٥٪ مما هو متوقع.

ثانياً: الخوف الشديد من زيادة الوزن أو من أن يصبح الفرد بديناً حتى إن كان وزنه أقل من معدله الطبيعى.

ثالثاً: حدوث إضطراب فى الطريقة أو الأسلوب الذى يخبر به الفرد وزن أو شكل جسمه، مع التأثير المفرط لوزن الجسم أو شكله على تقييم الفرد لذاته، أو إنكاره لخطورة إنخفاض وزن جسمه أو نقصه وذلك بالصورة التى يكون عليها.

رابعاً: إنقطاع الطمث إنقطاعاً غير سوى amenorrhea لدى الإناث وذلك بعد بداية الدورة الشهرية Postmenarcheal كأن ينقطع الطمث لمدة ثلاث دورات شهرية متتالية مثلاً (علماً بأن الأنثى تعتبر قد إنقطع عنها الطمث إنقطاعاً غير سوى إذا لم تحدث الدورة الشهرية عندها إلا بعد إفراز هرمون الأستروجين estrogen). هذا إلى جانب حدوث إضطراب فى إفراز الهرمونات.

وجدير بالذكر أن فقد الشهية العصبى كاضطراب قد يأخذ أحد نمطين، وذلك على النحو التالى:

أ ـ النمط المانع أو التقييدى: restricting

ويتميز هذا النمط بعدم قيام الفرد بالمشاركة خلال نوبة فقد الشهية العصبى بشكل منتظم فى الأكل الصاخب، ولايقوم بأى سلوك يهدف بواسطته إلى التخلص من الأكل الموجود بالبطن كالحث الذاتى على التقيؤ، أو إساءة إستخدام الملينات أو الأدوية المدرة للبول أو الحقن الشرجية.

ب ـ نمط الأكل الصاخب المصحوب بسلوك يهدف إلى التخلص من ذلك الأكل الموجود فى البطن:

ويتسم هذا النمط بقيام الفرد بشكل منتظم خلال نوبة فقد الشهية العصبى بالأكل الصاخب أو بأى سلوك يهدف عن طريقه إلى التخلص من الأكل الموجود بالبطن كالحث الذاتى على التقيؤ، أو قيامه بإساءة إستخدام الملينات أو الأدوية المدرة للبول أو الحقن الشرجية.

العلاج المعرفى السلوكى لفقد الشهية العصبى

يعد العلاج المعرفى السلوكى على الرغم من تاريخه القصير نسبياً كأسلوب علاجى يستخدم مع هذا الإضطراب من الأساليب العلاجية الفاعلة ذات التأثير الجيد، كما يعتبر من الأساليب الشائعة بين المرضى الذين يعانون من هذا الإضطراب. وأقصد بذلك أنه من الأساليب شائعة الإستخدام التى أثبتت فاعلية كبيرة فى هذا الصدد. وقد تطور العلاج المعرفى السلوكى لهذا الإضطراب من خلال تحليل ما يرتبط به من إضطرابات إنفعالية كالإكتئاب والقلق، ومعرفية كالإعتقادات المختلة وظيفياً، وسلوكية كالشبع والتقيؤ.

ويعتمد هذا الأسلوب العلاجى فى تناوله لفقد الشهية العصبى على فنيات رئيسية كالتعليم النفسى لتقديم المعلومات عن مفهوم الإضطراب وطبيعته وأسبابه

وتطوره وكيفية مواجهته، إلى جانب مراقبة الذات للتعرف على عادات الأكل وتذبذب الوزن والأفكار والإتجاهات المختلة وظيفياً التى ترتبط بحجم الجسم وشكله. كما يعتمد أيضاً على فنيات خفض القلق، والتحكم الذاتى فى السلوك، وتعديل المعارف اللاتواؤمية. وإضافة إلى ذلك فهو يلجأ إلى التدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية، وإستراتيجيات المواجهة التى تعمل على منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى، ومن هذه الإستراتيجيات التدريب على المهارات الإجتماعية والتدريب على حل المشكلات.

وإذا كان سليد (١٩٩١) Slade فى نموذجه عن التحليل الوظيفى لمسببات فقد الشهية العصبى ينظر إلى السلوك الحالى - كما أوضحنا سلفاً - بوصفه وظيفة لمجموعتين من المتغيرات أطلق على الأولى منهما إسم الأحداث المسببة أو المنشطة (A) ورأى أنها تشمل الحالات أو التشريطات الثابتة والمثيرات المتميزة، فى حين أطلق على الثانية إسم النواتج أو النتائج (C) ورأى أنها تتضمن التدعيم بطبيعته السلبية (السلوك التجنبى) أو الإيجابية، وتاريخه، والنموذج الخاص به، ورأى أن السلوك (B) يتوسط بين هاتين المجموعتين، وأنه يثار من خلال المجموعة الأولى (A) ويؤدى بدوره إلى المجموعة الثانية (C)، فإنه يمكننا أن نختصر هذا النموذج فى معادلة بسيطة على غرار نموذج إليس Ellis العلاجى لتصبح ABC. وإلى جانب ذلك يضع فورنهام Furnham نموذجاً آخر لهذا الإضطراب يرى من خلاله أن أسباب الإضطراب ترجع إلى آراء وإعتقادات وأفكار الفرد حول ذلك الإضطراب والتى تتعلق بالنسق الأسرى والمجتمعى والتغيرات الفسيولوجية. ونحن بدورنا نرى أنه بإمكاننا أن نضع ذلك ضمن B من نموذج سليد Slade لأن الآراء والإعتقادات والأفكار تؤثر فى سلوك الفرد وتشكله. وفى ضوء هذا النموذج الجديد ترمز B إلى السلوك الحالى وما يكمن خلفه ويتأثر به - السلوك هو الذى يتأثر - من آراء وإعتقادات وأفكار مختلة وظيفياً أو مشوهة تحتاج إتفاقاً مع رأى إليس Ellis إلى تعديل حيث أن الإعتقاد يؤثر فى السلوك، وأن أى تغيير فيه يؤدى قطعاً إلى تغيير وتعديل فى السلوك. ومن ثم يمكن أن نستخدم أسلوب إليس فى

العلاج والمعروف ABC والذى أضاف إليه بعد ذلك DE ليصبح ABCDE ممثلاً بذلك الأحداث المنشطة، ونسق الإعتقادات، والنتائج، والتفنيد أو الدحض، والأثر المعرفى وهو ما يمكن أن نستخدمه فى تعديل السلوك فى هذا الإطار حيث يتم إستخدامه فى إعادة البنية المعرفية التى تسهم بقدر كبير فى خفض حدة هذا الإضطراب ومن ثم يمكن أن تؤدى بعد ذلك إلى التخلص منه.

أما عن البرامج العلاجية فهى لاتختلف فى مدتها عن تلك التى يتم إستخدامها مع الشره العصبى للطعام. ويجب عند إعداد مثل هذه البرامج وتطبيقها فى هذا المجال أن تتضمن الجلسات الأولى تقديم معلومات للمرضى عن الإضطراب من خلال فنية التعليم النفسى وإجراء المناقشة معهم حول تلك المعلومات وكيفية مواجهة الإضطراب. كما يتم أيضاً تبصيرهم بضرورة إتباع نظام غذائى معين يتم التدريب عليه. كذلك يجب أن تتطرق المناقشة إلى ما يرتبط بهذا الإضطراب من إضطرابات كالقلق والإكتئاب. أما الجلسات الوسطى فتتضمن تحديد العلاقة بين المعارف والسلوكيات، وتعديل الأفكار المختلة وظيفياً والذى قد يكون موقفياً كما هو الحال فى أوقات تناول الطعام أو إرتداء الملابس، أو يكون إنفعالياً كالتغيرات الوجدانية أو المزاجية. كما تتضمن تلك الجلسات أيضاً التدريب على إعادة البناء المعرفى، ومراقبة الذات (حيث لايجب الإقتصار بها على الجلسات الأولى فقط)، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتدريب على حل المشكلات كأساليب لمواجهة الإضطراب. وإلى جانب ذلك يتم التدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية. فى حين تتم إعادة التدريب على مهارة حل المشكلات فى الجلسة الأخيرة حتى يطبقها العملاء بعد ذلك فى المواقف المختلفة التى قد يتعرضون لها فيما بعد كى نتجنب حدوث إنتكاسة بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج العلاجى. أما القياس التتبعى فيتم بعد مرور ستة شهور على الأقل من إنتهاء البرنامج.

هذا ويجب أن تسير خطة العلاج على النحو التالى:

١ - تقديم نموذج العلاج المعرفى السلوكى على أن يتضمن ذلك ما يلى:

أ - التعرف على منطق العلاج.

ب - التعرف على تلك الضغوط التى يمكن أن تؤدى إلى الإضطراب.

٢ - تقديم المعلومات وإجراء المناقشات حول مايلى:

أ - مخاطر نقص الوزن والعزوف عن الأكل.

ب - الضغوط الثقافية التى ترتبط بالأكل وحجم الجسم.

جـ - التقيد بنظام غذائى معين وعدم الخروج عنه.

د - التغذية الجيدة والأنماط الجيدة لتناول الأكل.

هـ - التخطيط للوصول إلى الوزن العادى

و - التذبذب فى الوزن وكيفية الوصول إلى الوزن العادى.

٣ - زيادة كم ونوع الأغذية المراد تناولها بغرض إستعادة الوزن والوصول به إلى المستوى الصحى العادى.

٤ - تحديد المعارف المختلة وظيفياً والتى ترتبط بالأكل والوزن وحجم الجسم.

٥ - العمل على تعديل تلك الأفكار المختلة وظيفياً من خلال إتباع إستراتيجيات علاجية معينة.

٦ - تناول جوانب أخرى ذات صلة بالإضطراب كتقدير الذات، والإكتئاب، والمهنة، والأسرة، إلى جانب العديد من الأمور الإجتماعية المختلفة.

٧ - التدريب على إستراتيجيات المواجهة حتى تجنبنا حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى.

هذا ويجب خلال النقطة السادسة أن يتم التعامل مع أى إضطراب يمكن أن ينشأ إلى جانب فقد الشهية العصبى كالقلق أو الإكتئاب أو أى أفكار وسواسية،

إضافة إلى إنخفاض تقدير الذات ونقص الثقة فى النفس، وربما تجنب المواقف الإجتماعية أو غيرها من الأمور ذات الصلة بالأسرة والتفاعلات التى تنشأ داخلها وبين أعضائها. أما فيما يتعلق بالدراسة التتبعية فهى تسير على نفس المنطق الذى تسير به فى حالة الشره العصبى للطعام.

ومن الجدير بالذكر أن هناك عدداً من المقاييس النفسية التى يمكن أن نستخدمها فى هذا الصدد، والتى يتم تطبيقها خلال القياسين القبلى، والبعدى وذلك للتعرف على أثر البرنامج العلاجى وتقييمه. كذلك يمكن أن تطبق مثل هذه المقاييس فى القياس التتبعى وذلك للتعرف على مدى إستمرار ذلك الأثر الذى يخلفه البرنامج المستخدم. ومن أمثلة هذه المقاييس ما يلى:

- مقياس سلوكيات ومسببات فقد الشهية العصبى Setting Condition of anorexia nervosa الذى أعده سليد وديوى (١٩٩١) Slade & Dewey والذى يقيس مسببات فقد الشهية العصبى وما يرتبط بها من سلوكيات وذلك فى إطار نموذج سليد Slade ذى المسببات الثلاثة، ولذا إشتمل هذا المقياس على ثلاثة مقاييس فرعية كالتالى:

  أ ـ الميول الكمالية.

  ب ـ عدم الرضا العام عن الحياة وعن الذات وإنخفاض تقدير الذات.

  جـ ـ الحاجة إلى الضبط الكامل لبعض مفاهيم ومواقف الحياة.

- مقياس إضطرابات الأكل The Eating Disorder Inventory الذى أعده جارنر وآخرون (١٩٨٣) Garner et. al وذلك للتعرف على إتجاهات المريض نحو الطعام ونحو تناول الأكل بشكل عام.

- إستبيان سلوكيات الأكل The Dutch Eating Behaviour Questionnaire وهو ذلك المقياس الذى قام بإعداده فان شتراين وآخرون (١٩٨٦) van Strien et. al

وذلك للتعرف على درجة سيطرة الفرد على نفسه عند رؤية الطعام، ومدى إستجابته للإشارات الخارجية أو الإنفعالية المرتبطة بالأكل.

- مقياس بيك للإكتئاب Beck Depression Inventory وقد أعده للعربية غريب عبد الفتاح (١٩٨٥).

كما يمكن إستخدام مقياس الإكتئاب الذى أعده المؤلف (١٩٩٧).

- مقياس روزنبرج لتقدير الذات Rosenberg Self - esteem Scale أو مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات والذى توجد نسخة عربية منه أعدها عبد الرحيم بخيت (١٩٨٥).

ويمكن أيضاً إستخدام مقياس تقدير الذات للمؤلف (١٩٩١).

- مقياس الثقة بالنفس Self - Confidence للمؤلف (١٩٩٧).

دراسات تطبيقية عامة حول إضطراب صورة الجسم.

أجرى أجراس وآخرون (١٩٨٩) Agras et. al دراسة على ٧٧ سيدة تعانين من الشره العصبى تتراوح أعمارهن بين ١٨ ـ ٦١ سنة، وتم تقسيمهن عشوائياً إلى أربع مجموعات، واحدة ضابطة لم تتلق أى علاج (ن = ١٩)، وتم تدريب المجموعة الثانية على مراقبة الذات وذلك لمنع سلوك التقيؤ (ن = ١٩)، أما الثالثة (ن = ٢٢) فقد خضعت للعلاج المعرفى السلوكى، فى حين خضعت المجموعة الرابعة (ن = ١٧) للعلاج المعرفى السلوكى أيضاً ولكن مصحوباً بالتدريب على منع التقيؤ. وإستمر البرنامج العلاجى لمدة أربعة شهور وتضمن أربع عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وتم إستخدام إستراتيجيات المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على حل المشكلات، والواجبات المنزلية. وأوضحت النتائج حدوث تحسن فى كل المجموعات التجريبية الثلاث، وأن العلاج المعرفى السلوكى كان هو الأكثر نجاحاً وفاعلية فى التقليل من التقيؤ وتدعيم التغيرات النفسية الإيجابية التى حدثت نتيجة للعلاج حيث توقف ٥٦٪ ممن

خضعن للعلاج المعرفى السلوكى عن الشره مع نهاية البرنامج العلاجى، وتوقف التقيؤ بنسبة ٧٧,٢% لديهن. وعند متابعتهن بعد ستة شهور من إنتهاء البرنامج كان ٥٩% ممن خضعن للعلاج المعرفى السلوكى قد تحسنت وقل التقيؤ لديهن بنسبة ٨٠%. وبذلك يتضح أن إضافة التدريب على منع إستجابة التقيؤ إلى برنامج العلاج المعرفى السلوكى لم يدعم فاعليته حيث إتضح من خلال ماكشفت عنه الدراسة أنه يمكن أن يؤدى بدونها إلى تلك النتائج.

وفى دراسة أجراها روزن وآخرون (١٩٨٩) Rosen et. al على ٢٣ سيدة من ذوات الوزن العادى تعانين من إضطراب صورة أجسامهن ولكنهن لاتعانين من أى إضطراب من إضطرابات الأكل. وتم تقسيمهن إلى مجموعتين إحداهما ضابطة لم تتلق أى علاج والأخرى تجريبية خضعت لبرنامج علاجى معرفى سلوكى لمدة ستة أسابيع بواقع جلسة واحدة أسبوعياً وذلك بعد تقسيم أفرادها إلى مجموعات صغيرة. وقد ركز هذا البرنامج العلاجى على تصحيح التقييم المفرط للوزن والحجم، وتصحيح وتعديل الأفكار السلبية والمشوهة التى تتعلق بالمظهر الجسمى، والتعريض للمواقف التى تثير مايرتبط بالمظهر الجسمى من أفكار. وأوضحت نتائج القياسين البعدى والتتبعى حدوث تحسن كبير فى تقييم حجم الجسم، ومدى الرضا عن المظهر الجسمى، ومدى تجنب المواقف المثيرة وذلك من جانب المجموعة التجريبية قياساً بالمجموعة الضابطة مما يدعم فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى هذا الصدد. وقد تأكدت هذه النتائج فى دراسة أخرى أجراها روزن وآخرون (١٩٩٠) Rosen et. al على ٢٤ فتاة جامعية من ذوات الوزن العادى ممن تعانين من إضطراب صورة أجسامهن. وقد خضعت هؤلاء الفتيات لبرنامج علاجى معرفى سلوكى بعد تقسيمهن إلى مجموعتين تم تدريب إحداهما على الإدراك الدقيق لحجم الجسم فى حين لم يتم تدريب المجموعة الثانية على ذلك. وتم تقسيمهن إلى مجموعات صغيرة عند خضوعهن للبرنامج العلاجى الذى إستمر ستة أسابيع. هذا وقد تضمن البرنامج العلاجى لكلا المجموعتين تصحيخ وتعديل الأفكار السلبية والمشوهة المرتبطة بالمظهر الجسمى، والتعريض للمواقف التى

يحاول المريض أن يتجنبها والتى تعمل على إثارة صورة سلبية للجسم. وإضافة إلى ذلك فقد تلقت المجموعة الأولى تدريباً يؤهل أعضاءها لتصحيح تقديرهن الزائد لحجم ووزن الجسم وهو الأمر الذى يساعدهن على الإدراك الدقيق لحجم أجسامهن. وأظهرت نتائج القياسين البعدى والتتبعى حدوث تحسن متكافئ لدى المجموعتين فى التقييم الزائد لحجم الجسم مع تحسن فى مدى تقبلهن لصورة أجسامهن، وإنخفاض معدل التجنب من قبلهن للمواقف المثيرة. كما أصبح تقديرهن لذواتهن أكثر إيجابية، وقل سلوك الإمساك عن تناول الطعام، وقل إنشغالهن بالطعام وشعورهن بالذنب المرتبط بذلك، كما قل أيضاً معدل التقيؤ المثار ذاتياً من جانبهن.

وفى الدراسة التى أجرتها فيفيان لويس وآخرون (١٩٩٢) .Lewis, V. et. al على ٢٤ سيدة تحاولن السيطرة على أوزانهن وتتراوح أعمارهن بين ١٩ ـ ٥١ سنة بهدف التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى الجماعى فى تقوية الفاعلية الشخصية وزيادة تقدير الذات خضعت تلك السيدات لبرنامج علاجى تضمن ثمانى جلسات بعد أن تم تقسيمهن إلى أربع مجموعات صغيرة، كما تمت متابعتهن لمدة ستة شهور بعد إنتهاء البرنامج العلاجى. وأوضحت النتائج حدوث تحسن من جراء العلاج وذلك فى تقدير الذات، مع تحكمهن إنفعالياً فى الإفراط فى تناول الطعام، وحدوث تحسن فى فاعلية الذات من جانبهن مع تغير عاداتهن فى تناول الطعام، وإتجاهاتهن نحو حجم الجسم. وهو ما أكدته نتائج الدراسة التتبعية. كذلك فقد حدث نقص فى الوزن أيضاً بسبب البرنامج وهو ما يرجع إلى التحسن فى كل من فاعلية الذات وتقدير الذات وتغير عادات الأكل.

وتوصل ولفلى وآخرون (١٩٩٣) Wilfley et. al فى دراستهم التى أجروها على ٥٦ سيدة تعانين من الشره العصبى تتراوح أعمارهن بين ٢٧ ـ ٦٤ سنة بمتوسط ٤٤,٣ سنة تم إختيارهن بشكل عشوائى وتقسيمهن إلى ثلاث مجموعات تلقت الأولى العلاج المعرفى السلوكى الجماعى (ن = ١٨) الذى تضمن ست عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً تم خلالها إستخدام إستراتيجيات

المناقشة، . ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على عادات طعام معينة، والواجبات المنزلية. وتلقت المجموعة الثانية (ن = ١٨) العلاج بين الشخصى الذى إستمر لنفس المدة وضم نفس عدد الجلسات، وتضمن إستخدام إستراتيجيات المناقشة، والتدريب على الأدوار الإجتماعية، والإنتقال بين الأدوار (المعالج - المريض)، والتدريب على السيطرة على عادات الطعام. أما المجموعة الثالثة (ن = ٢٠) فكانت مجموعة ضابطة وعلى ذلك لم تتلق أى علاج. وتوصل هؤلاء الباحثون إلى حدوث تحسن واضح ودال فى المجموعتين الأولى والثانية قياساً بالمجموعة الضابطة حيث قلت حدة الشره بدرجة كبيرة، ولم توجد فروق دالة بين المجموعتين الأولى والثانية فى درجة التحسن. كذلك فقد وجدت ثاكوراى وآخرون (١٩٩٣) Thackwray et. al فى الدراسة التى تم إجراؤها على عينة ضمت ٣٨ سيدة تتراوح أعمارهن بين ١٥ - ٦٢ سنة بمتوسط ٣١,٣ سنة تم تقسيمهن عشوائياً إلى ثلاث مجموعات تلقت الأولى برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى، وتلقت الثانية برنامجاً للعلاج السلوكى، أما الثالثة فكانت مجموعة ضابطة ومن ثم لم تتلق أى علاج. وتضمن البرنامج العلاجى ثمانى جلسات بواقع جلسة واحدة إسبوعياً، وتم إستخدام إستراتيجيات التدريب على عادات الطعام، والتعزيز الذاتى (البرنامج السلوكى)، ومراقبة الذات، ومواجهة الإعتقادات المختلة وظيفياً، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على توكيد الذات أى على السلوك التوكيدى، والتدريب على مهارة حل المشكلات، والتدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية (العلاج المعرفى السلوكى). ووجد هؤلاء الباحثون أن هناك تحسناً قد حدث بنسبة ٩٢% للمجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى فى مقابل ١٠٠% للمجموعة التى تلقت العلاج السلوكى. وأوضحت نتائج المتابعة بعد ستة شهور من إنتهاء البرنامج أن نسبة التحسن لدى المجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى كانت ٦٩% فى مقابل ٣٨% للمجموعة التى تلقت العلاج السلوكى وهو ما يؤكد أولاً على فاعلية كلا الأسلوبين، وثانياً أن نسبة حدوث الإنتكاسة تقل فى حالة العلاج المعرفى السلوكى. ونحن نرى أن هذا

يرجع إلى إستخدام إستراتيجيات المواجهة التى تجعل العلاج المعرفى السلوكى هو الأفضل كأسلوب علاجى وذلك على المدى الطويل. وعلى جانب آخر قام فيربورن (١٩٩٣) Fairburn بإجراء دراسة على ٧٥ مريضاً ممن يعانون من الشره العصبى تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات تلقت كل منها أسلوباً علاجياً قصير المدى مع المقارنة بين مدى فاعلية كل منها، فتلقت المجموعة الأولى العلاج المعرفى السلوكى، وتلقت الثانية برنامجاً للعلاج السلوكى، فى حين تلقت المجموعة الثالثة برنامجاً للعلاج بين الشخصى. وتضمن البرنامج العلاجى لكل أسلوب تسع عشرة جلسة على مدى ثمانية عشر أسبوعاً. وأوضحت النتائج إختلاف أثر هذه الأساليب الثلاثة، فكان العلاج السلوكى هو أقلها أثراً وكانت نتائجه ضعيفة، بينما كان العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بين الشخصى هما الأفضل وكانت نتائجهما متقاربة ولم توجد فروق دالة بينهما.

وإلى جانب ذلك أجرى بلوين وآخرون (١٩٩٤) Blouin et. al دراسة لتحقيق عدد من الأهداف من بينها التعرف على مدى حدوث تحسن لدى ٦٩ سيدة تعانى من الشره العصبى على أثر مشاركتهن فى برنامج للعلاج المعرفى السلوكى الجماعى تضمن عشر جلسات وإستمر لمدة عشرة أسابيع، وتم إستخدام عدد من المقاييس النفسية هى مقياس التشويهات المعرفية المرتبطة بالشره، ومقياس إضطرابات الطعام، وقائمة أعراض الشره العصبى طبقت قبل إستخدام البرنامج وبعده، وبمقارنة متوسطات الدرجات فى التطبيقين القبلى والبعدى إتضح حدوث معدل كبير من التحسن لدى أفراد العينة. هذا وقد وجد كوكر (١٩٩٤) Coker فى دراسته لحالة سيدة فى الرابعة والستين من عمرها توفى زوجها قبل عامين وأصيبت بالشره من وقتها، وكان هذا الشره مصحوباً بالتقيؤ المثار ذاتياً وإساءة إستخدام الأدوية الملينة. وبعد إستخدام برنامج للعلاج المعرفى السلوكى لمدة عشرة أسابيع متضمناً إستراتيجيات المناقشة، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على نظام غذائى معين كشفت النتائج عن نجاح البرنامج العلاجى فى علاج هذه السيدة حيث إختفت أعراض الشره لديها. كذلك فقد هدفت دراسة أجراس وآخرين (١٩٩٤)

Agras et. al إلى فحص نتائج المتابعة لمدة عام بعد نهاية البرنامج العلاجى باستخدام عقار ديسيبرامين desipramine بمفرده على مجموعة لمدة ستة عشر أسبوعاً، والعلاج المعرفى السلوكى لمجموعة ثانية لمدة أربعة وعشرين أسبوعاً، أو كلاهما معاً كبرنامج مشترك لمدة أربعة وعشرين أسبوعاً وذلك لعلاج ٦١ سيدة تعانين من الشره العصبى وتتراوح أعمارهن بين ١٨ ـ ٦٥ سنة. وكشفت النتائج أن العلاج المعرفى السلوكى المصحوب بالعلاج بالعقاقير كان هو الأفضل فى تحسن حالات هؤلاء السيدات، يليه العلاج المعرفى السلوكى بمفرده. أما العلاج بالعقاقير فكان أقلها فى النتائج، وأنه كان يجب أن يستمر هو الآخر لمدة أربعة وعشرين أسبوعاً على الأقل إما بمفرده أومصحوباً بالعلاج المعرفى السلوكى.

ومن ناحية أخرى إستهدف فيشر وتومسون (١٩٩٤) Fisher & Thompson مقارنة مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج باستخدام تمارين الأيروبك وذلك لعلاج المستويات المرتفعة من إضطراب صورة الجسم لدى ٥٤ طالبة جامعية تمت مجانستهن فى درجة الشحوم المخزونة فى أنسجة أجسامهن، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين ضمت كل منهما ٢٧ طالبة. وقد تلقت أولى المجموعتين برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى إستمر ستة أسابيع، وتلقت المجموعة الثانية برنامجاً رياضياً يقوم على تمارين الأيروبك لمدة مماثلة. ثم تمت بعد ذلك مقارنة كل من هاتين المجموعتين مع مجموعة ضابطة مماثلة. وقد أوضحت النتائج حدوث نقص متساو تقريباً فى شكل الجسم (الحجم والوزن) فى المجموعتين قياساً بالمجموعة الضابطة كما تعكسه درجاتهن على مقاييس إضطراب صورة الجسم والذى يعكس القلق المرتبط بوزن الجسم وذلك كحالة وكسمة، والجوانب المعرفية السلوكية للمظهر، وعدم الرضا عن المظهر الجسمى. كما يؤكد روزن وآخرون (١٩٩٥) Rosen et. al أن برنامج العلاج المعرفى السلوكى قد أدى إلى حدوث نقص دال فى أعراض تشوه صورة الجسم لدى أفراد المجموعة العلاجية، وإختفى الإضطراب تماماً لدى ٨٢% من الحالات بعد العلاج، ولدى ٧٧% منها فى الدراسة التتبعية. كما حدث أيضاً تحسن فى الأعراض النفسية بشكل عام وإزداد

لديهن تقدير الذات وذلك فى دراستهم التى أجروها على ٥٤ سيدة ممن ترفضن صورة أجسامهن وتتراوح أعمارهن بين ٢٠ - ٦١ سنة بمتوسط ٣٦,٥ سنة ولايقل مستوى تعليمهن عن المرحلة الثانوية، وكان تقديرهن لذواتهن المرتبط بصورة أجسامهن سلبياً . وقد تم إختيارهن عشوائياً ومن ثم تصنيفهن إلى مجموعتين إحداهما علاجية (تجريبية) تلقت برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى تضمن ثمانى جلسات بواقع جلسة واحدة أسبوعياً بعد تقسيمهن إلى مجموعات صغيرة تضم كل مجموعة من أربع إلى خمس سيدات، وتضمن البرنامج إستخدام فنيات المناقشة، وتعديل أفكارهن عن صورة أجسامهن وعدم رضاهن عنها، وإعتقاداتهن المبالغ فيها عن مظهرهن الجسمى، والتعريض لمواقف صورة الجسم، والتخلص من الفحص الدائم للجسم كالوزن المستمر وقياس محيط الجسم والنظر الدائم فى المرآة لملاحظة الجسم. أما المجموعة الثانية فكانت ضابطة ولم تتلق بالتالى أى علاج. وفى دراسة أخرى أجراها نفس الباحثون [روزن وآخرون (١٩٩٥) Rosen et. al] على ٥١ سيدة بدينة تتراوح أعمارهن بين ٢٣ - ٦١ سنة تم تقسيمهن عشوائياً إلى مجموعتين إحداهما تجريبية قسمت إلى مجموعات صغيرة وتلقت برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى بهدف تحسين صورة أجسامهن إستمر لمدة ثمانية أسابيع بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مدتها ساعتان، وتضمن البرنامج معلومات تساعدهن على مواجهة الأنماط السلبية للبدانة، وتصحيح وتعديل الأفكار المقحمة المتعلقة بعدم الرضا عن المظهر الجسمى وما يرتبط به من إعتقادات مختلة وظيفياً، والتعرض لتلك المواقف التى يحاول المريض أن يتجنبها، وخفض معدل الفحص المتكرر للجسم. ولم يتضمن البرنامج ما يتعلق بتغيير سلوكيات تناول الطعام أو أداء التمرينات الرياضية. أما المجموعة الثانية فكانت ضابطة ولم تتلق أى علاج. وأوضحت النتائج حدوث تحسن فى صورة الجسم لدى أعضاء المجموعة التجريبية مع حدوث تحسن فى تقديرهن لذواتهن، وقل الإفراط فى تناول الأكل من جانبهن، كما قل شعورهن بالذنب الناتج عن إفراطهن فى تناول الطعام. أما الوزن فلم يتغير لدى العديد من المفحوصات حيث لم يهدف البرنامج إلى ذلك.

وهدفت دراسة فيلى وآخرين (١٩٩٦) Veale et. al أيضاً إلى التأكد من فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج إضطراب صورة الجسم وذلك لدى عينة عشوائية من المرضى ضمت تسعة عشر مريضاً من الجنسين فى عقد الثلاثينيات من أعمارهم من المترددين على العيادة الخارجية بالمستشفى. تم تقسيمهم إلى مجموعتين خضعت إحداهما وهى المجموعة التجريبية لبرنامج علاجى معرفى سلوكى إستمر إثنى عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، فى حين كانت المجموعة الثانية بمثابة مجموعة ضابطة وضمت أولئك المرضى الذين إعتبروا على قائمة الإنتظار. وأوضحت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات المجموعة الضابطة فى أى من المقاييس المستخدمة وذلك بين القياسين القبلى والبعدى، فى حين كانت هناك فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية فى المقاييس المرتبطة بإضطراب صورة الجسم والإكتئاب لصالح القياس البعدى. وإلى جانب ذلك كانت هناك فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين الضابطة والتجريبية فى القياس البعدى تدل على التحسن وذلك فى المقاييس المرتبطة باضطراب صورة الجسم والإكتئاب مما يؤكد فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى هذا الصدد.

ويذكر فنسنت وآخرون (١٩٩٦) V. H. Vincent et. al أن كلاً من كاش وجرانت (١٩٩٥) Cash & Grant قد أجريا دراسة باستخدام العلاج المعرفى السلوكى على ٢٣ سيدة غير راضيات عن صور أجسامهن بدرجة كبيرة، وتتراوح أعمارهن بين ١٨ ـ ٤٧ سنة. وتم تقسيمهن إلى مجموعتين تلقت إحداهما العلاج المعرفى السلوكى الجماعى فى حين خضعت الأخرى للعلاج المعرفى السلوكى الفردى الذى يعتمد على التوجيه الذاتى القائم على قدر أقل من الإتصال بالمعالج. وقد تضمن البرنامج إحدى عشرة جلسة علاجية، وأوضحت النتائج حدوث تحسن كبير فى صورة الجسم لدى هؤلاء السيدات مع عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين فى هذا الصدد. وفى عام ١٩٩٧ أجرى كاش ولافالى Cash & Lavallee دراسة على عينة تضم إثنتى عشرة سيدة غير راضيات عن صورة

أجسامهن مستخدمين العلاج المعرفى السلوكى الفردى الذى يعتمد على التوجيه الذاتى الذى يقوم على قدر أقل من الإتصال بالمعالج وهو الأسلوب الذى إستخدمه كاش Cash من قبل. وأوضحت النتائج حدوث درجة من التحسن فى صورة الجسم ذات دلالة إحصائية لدى هؤلاء السيدات أدت إلى تحقيقهن لدرجة دالة من التوافق وذلك دون حدوث أى تغيرات فى وزن الجسم. وكانت النتائج التى تم التوصل إليها فى هذه الدراسة تكافئ تلك النتائج التى توصل إليها كاش وجرانت (١٩٩٥) Cash & Grant.

ومن ناحية أخرى إستهدفت دراسة رايتش وآخرين (١٩٩٧) Raich et. al نفس الهدف وذلك لدى ٤٢ سيدة أسبانية متوسط أعمارهن ٢٣,٤ سنة تم تقسيمهن إلى مجموعتين إحداهما تجريبية ضمت ثلاثين سيدة، فى حين كانت الثانية ضابطة وضمت إثنتى عشرة سيدة. وتم من خلال مقابلة مقننة تقييم المتغيرات الإجتماعية الديموجرافية وصورة أجسامهن. أما البرنامج العلاجى الذى خضعت له المجموعة التجريبية فقد تألف من تسع جلسات علاجية تناولت معلومات عن المظهر، وتصحيح الإدراكات المشوهة، وفقد الحساسية المنظم، والتدريب على الإسترخاء، وإعادة البناء المعرفى، والتعريض ومنع الإستجابة، وتدريبات خاصة بمنع حدوث إنتكاسة. وتم إستخدام المقاييس التالية فى القياسات المختلفة (قبلى - بعدى - تتبعى) على التوالى:

- إستبيان صورة الجسم Body Shape Questionnaire الذى أعده كل من روزن وريتر (١٩٩٥) Rosen & Reiter.
- مقياس إضطراب صورة الجسم Body dysmorphic disorder Examination الذى أعده روزن وريتر (١٩٩٥) Rosen & Reiter.
- إستبيان تجنب صورة الجسم Body Image Avoidance Questionnaire الذى أعده روزن وآخرون (١٩٩٠) Rosen et. al.

وأوضحت النتائج حدوث تغيرات إيجابية فى المكونات الإدراكية، والإنفعالية، والمعرفية، والسلوكية المرتبطة باضطراب صورة الجسم وذلك من جانب المجموعة التجريبية. وقد أكد القياس التتبعى بعد مرور عام على إنتهاء البرنامج إستمرار تلك التغيرات.

وهدفت إيرين واجونر Waggoner, Irene (١٩٩٨) إلى إختبار مدى فاعلية التدخلات العلاجية فى تحسين إدراك صورة الجسم وتقدير الذات لدى البنات فى مرحلة المراهقة المبكرة واللائى كن فى مدرسة متوسطة بغرب چورچيا. وتم إستبعاد البنات من العينة فى ضوء المحكات التالية:

- وجود تاريخ مرضى لأحد إضطرابات الأكل.
- المعاناة من مشكلات صحية أخرى.
- الإلتحاق بفصول التربية الخاصة.
- أن يكون الوزن غير عادى أو شاذاً.
- ألا تكون البنت من الجنس القوقازى.

وقد تضمنت العينة النهائية ٢٣ بنتاً بمتوسط عمرى ١٢,١١ سنة تم تقسيمهن بشكل عشوائى إلى ثلاث مجموعات تلقت الأولى (ن = ٨) برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى، وتلقت الثانية (ن = ٨) برنامجاً للعلاج المعرفى، فى حين كانت الثالثة (ن = ٧) ضابطة لم تتلق برنامجاً علاجياً ولكنها تلقت معلومات دراسية عن إضطراب صورة الجسم وتم تقديمها لهن فى الفصل. وضمت المقاييس المستخدمة أربعة مقاييس تتناول المكونات الثلاثة لإضطراب صورة الجسم والمجال الوجدانى المرتبط بها. وهذه المقاييس هى:

- مقياس عدم الرضا عن صورة الجسم، وهو مقياس فرعى من مقياس إضطرابات الأكل (المكون المعرفى).

- إستبيان تجنب صورة الجسم (المكون السلوكى).
- مقياس التقديرات البصرية لحجم الجسم (المكون الإدراكى).
- بروفيل الإدراك الذاتى للأطفال (المكون الوجدانى).

وتضمن البرنامج العلاجى سبع جلسات تم التركيز خلالها وذلك فى البرنامجين المستخدمين على موضوعات كالمظهر الجسمى وصورة الجسم، والدور الذى تلعبه الإعتقادات فى صورة الجسم، والأخطاء المعرفية، والتحصين ضد الضغوط، والجوانب السلوكية لصورة الجسم، ومنع حدوث إنتكاسة. وأوضحت نتائج القياس البعدى حدوث تحسن دال فى المكونات الثلاثة لإضطراب صورة الجسم مع حدوث تحسن دال فى تقدير الذات للمجموعات الثلاث. كما أوضحت أيضاً أن العلاج المعرفى السلوكى قد أدى إلى حدوث تحسن دال فى الجانب السلوكى لإدراك صورة الجسم.

هذا وقد هدفت دراسة إليوت (١٩٩٨) Eliot إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى بمفرده، والتمرينات الرياضية، والعلاج المعرفى السلوكى مضافاً إلى التمرينات الرياضية وذلك لعلاج صورة الجسم لدى سيدات ذوات وزن عادى ويبحثن عن وسيلة لتحسين صورة أجسامهن. وإلى جانب ذلك فقد هدفت تلك الدراسة إلى تقييم سمات المفحوصين التى قد توضح ما يمكن للمرأة أن تستفيده بدرجة كبيرة من خلال العلاج باستخدام التمرينات الرياضية. وقد أوضحت النتائج أن هذه العلاجات المستخدمة أدت إلى حدوث تغير فى كل مكون من تلك المكونات التى تتضمنها صورة الجسم وهى المكونات الإدراكية، والإتجاهية، والوجدانية، والسلوكية. وكانت التمرينات الرياضية هى الأكثر تأثيراً على زيادة دقة المجال الإدراكى، أما العلاج المعرفى السلوكى مضافاً إلى التمرينات الرياضية فكان له الأثر الأكبر فى حدوث الرضا عن صورة الجسم يليه العلاج المعرفى السلوكى فقط. كما كان هذا الدمج بين الأسلوبين له أكبر الأثر على المجال الوجدانى، أما العلاج المعرفى السلوكى فقط فقد أدى إلى زيادة السعادة

بالمظهر الجسمى. ولم يؤثر أى من هذه التدخلات العلاجية الثلاثة على الإنشغال بوزن الجسم من جانب أفراد العينة أو على تقديرهن الذاتى لهذا الوزن. أما النتائج الخاصة بالجانب السلوكى من صورة الجسم فكانت فى الإتجاه العكسى لما تم توقعه فى البداية. ولم يقلل العلاج بشكل عام من مدى تجنب المواقف المثيرة، كما لم تؤد التمرينات الرياضية إلى تقليل إهتمام أفراد المجموعة بمظهرهن الجسمى. كذلك فقد كشفت النتائج عن سمات شخصية معينة ترتبط بحدوث تحسن فى صورة الجسم وذلك فى المجموعتين اللتين إستخدمتا التمرينات الرياضية إذ إتضح أن المفحوصات اللائى أدت تلك التمرينات الرياضية بغرض تحقيق قدر أكبر من السعادة والسرور، واللائى كن أقل فى قيامهن بالتمرينات بشكل قهرى، واللائى لم تشتركن فى أنشطة تدل على الإنشغال بالجسم أو الإشتراك فى رياضات تركز على نمو العضلات قد أظهرن تحسناً بشكل أفضل فى المكونين الوجدانى والسلوكى لصورة الجسم بعد إشتراكهن فى برنامج العلاج المعرفى السلوكى المضاف إلى التمرينات الرياضية. كما أن المشتركات فى التمرينات الرياضية فقط قد أظهرن تحسناً فى المكون السلوكى لصورة الجسم.

وإلى جانب ذلك أجرت سوزان سترومر Stromer, Susan (١٩٩٨) دراسة بغرض التحقق من إستجابة كلا الجنسين لبرنامج يتعلق بصورة الجسم، وكذلك التعرف على الفرق فى أثر البرنامج على كل من الذكور والإناث. وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين إحداهما ضابطة ضمت ١٢٤ مفحوصاً من الجنسين (٥٣ ذكور، ٧١ إناث)، أما المجموعة الأخرى فكانت تجريبية وضمت ١٢٠ مفحوصاً من الجنسين (٤٧ ذكور، ٧٣ إناث) وخضعت لبرنامج العلاج المعرفى السلوكى الذى يعتمد فى الأساس على فنية التعليم النفسى بعد إستخدام تكنيك جديد لتوفير المعلومات اللازمة عن الصورة المثالية للجسم يعتمد على الجاذبية المثالية والشكل المثالى للجسم كما تقدمه وسائل الإعلام مع إستخدام رسوم بيانية بالكمبيوتر تتناول هذا الموضوع. وتم عرض هذه المعلومات على المفحوصين بالمجموعة التجريبية وذلك خلال جلسة إستمرت نصف ساعة تقريباً مع مناقشتهم

فى تلك المعلومات. وتضمنت المقاييس المستخدمة مقياس القلق المرتبط بصورة الجسم body image anxiety ومقياس إضطراب صورة الجسم، ومقياس التقدير الكمى المرتبط بشكل الجسم Figure rating Scale measure. وكانت النتائج التى تم الحصول عليها فى الإتجاه المتوقع بالنسبة للمجموعة التجريبية حيث قل معدل القلق المرتبط بصورة الجسم، وقل كثيراً معدل عدم الرضا عن المظهر الجسمى وخاصة من جانب الإناث. وقد إتضحت هذه الفروق بين القياسين القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية، وكانت الفروق بطبيعة الحال لصالح القياس البعدى. كما وجدت فروق دالة فى القياس البعدى بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية وذلك فيما يتعلق بالوعى بصورة الجسم وباستدخال الصورة المتضمنة للجاذبية المثالية كما تقدمها وسائل الإعلام وإن لم يكن هذا الإستدخال ذا مستوى مرتفع. كما كشفت الدراسة أيضاً عن حدوث زيادة فى تقدير الإناث بالمجموعة التجريبية دون الضابطة للحجم المثالى المدرك للجنس الآخر وذلك من خلال الأحكام المتعلقة بالجاذبية بين الجنسين. وأوضحت نتائج الدراسة التتبعية أن إنخفاض معدل إستدخال المثال الإجتماعى الثقافى من جانب المجموعة التجريبية قد إستمر مع مرور الوقت، وأن المستويات الأولية العليا لهذا الإستدخال من جانب الإناث قد إنخفضت إلى معدل يكافئ نظيره لدى الذكور فى التقييم النهائى.

إلا أن ألبرتينى وفيليبس (١٩٩٩) Albertini & Phillips عند مقارنتهما بين فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير فى هذا الصدد وذلك على عينة ضمت ٣٣ مفحوصاً تتراوح أعمارهم بين ٦ ـ ١٧ سنة مقسمين إلى مجموعتين تلقت الأولى (ن = ١٩) العلاج بالعقاقير متمثلاً فى مشتقات السيروتونين، فى حين تلقت الثانية (ن = ١٤) برنامجاً علاجياً معرفياً سلوكياً، وجدا أن المفحوصين الذين تلقوا العلاج بالعقاقير قد أبدوا تحسناً كبيراً فيما يتعلق بأعراض إضطراب صورة الجسم فى حين لم يبد المفحوصون الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى تحسناً مماثلاً، وهو ما يعنى تفوق العلاج بالعقاقير على العلاج المعرفى السلوكى فى هذا الصدد.

تعليق عام

إزداد فى الآونة الأخيرة معدل إضطراب صورة الجسم خاصة بين أولئك اللائى تقمن بشد الوجه أو شفط الدهون والتى إنتشرت بمعدل كبير، أو حتى تعديل الأسنان أو عمليات تجميل لمناطق معينة فى الوجه كتلك التى يتم إجراؤها على الأنف على سبيل المثال. وإلى جانب عدم الرضا عن المظهر الجسمى هناك إضطرابات أخرى تشترك معه فى إرتباطها بصورة الجسم هى الشره العصبى للطعام وفقد الشهية العصبى.

ويتضح من العرض السابق أن العلاج المعرفى السلوكى له فاعليته فى علاج إضطرابات صورة الجسم، وأنه يتفوق على غيره من أنواع العلاج الأخرى باستثناء العلاج بين الشخصى الذى يتساوى معه فى الفاعلية وخاصة فى علاج الشره العصبى للطعام، أما بالنسبة لتشوه صورة الجسم فالعلاج المعرفى السلوكى هو الأفضل. ولم يعثر المؤلف على دراسات علاجية تتناول فقد الشهية العصبى باستخدام العلاج المعرفى السلوكى خلال التسعينيات، وربما يرجع ذلك إلى إمكانية السيطرة عليه بالعقاقير، كما أن الإتجاه الإيجابى فيما يتعلق بصورة الجسم بين عامة الناس هو الرشاقة ولذا نلاحظ أن غالبية أفراد العينات التى أجريت عليها هذه الدراسات من النساء. وكانت أكثر الفنيات إستخداماً خلال هذه الدراسات هى المناقشة وإعطاء المعلومات، ومراقبة الذات، وتحديد الأفكار المشوهة واللاعقلانية وتعديلها، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على حل المشكلات، والتدريب على السلوك التوكيدى، والتدريب على الإسترخاء، والتدريب على نظام غذائى معين، والتعريض ومنع الإستجابة أو ما يعرف بالتدريب التجنبى وخاصة فى حالة عدم الرضا عن المظهر الجسمى، والواجبات المنزلية.

أما عن البرامج العلاجية المستخدمة فقد تراوحت فى المتوسط بين ٨ ـ ١٩ جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً. وكانت المتابعة تتم بعد إنقضاء ستة شهور على

الأقل من إنتهاء البرنامج، وكشفت نتائج المتابعة أن أثر العلاج المعرفى السلوكى يدوم لمدة أطول، وأنه من الأقل إحتمالاً أن يتعرض المرضى الذين تلقوا هذا الأسلوب العلاجى للإنتكاسة وذلك نظراً لما تدربوا عليه من إستراتيجيات للمواجهة تفيدهم كثيراً فى التعامل مع ماقد يصادفهم من عقبات أو مشكلات بعد إنتهاء البرنامج العلاجى. .

* * *

الفصل الثامن

الإعاقات الجسمية الحسية

طبيعة الإعاقات الجسمية الحسية

تتنوع الإعاقات الجسمية بين سمعية وبصرية وعقلية، إلى جانب مشكلات البتر والتشويه وما إلى ذلك، وإن كانت هذه الأخيرة لا ترتبط بالجانب الحسى. ولذا فسوف نقتصر على الإعاقات الثلاث الأولى بشرط ألا يعانى الفرد من أكثر من إعاقة واحدة منها. وإلى جانب ذلك فسوف نخصص فصلاً مستقلاً هو الفصل الحادى عشر للتخلف العقلى، وعلى هذا فسوف نتناول فى الفصل الحالى الإعاقتين السمعية والبصرية فقط.

أولاً: الإعاقة السمعية:

يلعب السمع دورًا كبيرًا فى تنظيم سلوك الفرد وتكيفه مع واقع الحياة. وعلى ذلك عندما يعانى الفرد من ضعف سمعى شديد فإنه يتعرض من جراء ذلك للعديد من المشكلات التى ترتبط بتكيفه وتوافقه حيث يعانى من جملة من المشكلات الاجتماعية والتربوية والإنفعالية والتى قد ترجع إلى عدم قدرته على التواصل بشكل عادى مع أفراد الجماعة، وإلى حاجته لاستخدام أساليب وفنيات معينة للتواصل لا يعرفها ولا يجيدها سوى القليل من الأفراد.

ويطلق مفهوم الإعاقة السمعية من الناحية التربوية على أولئك الأفراد الذين يتسمون بضعف سمعى شديد يعوقهم عن إكتساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة السمع سواء باستخدام أدوات لتضخيم الصوت أو بدون استخدامها مما يؤثر سلبًا بطبيعة الحال على أدائهم التربوى. أما من الناحية الاجتماعية فيتسم هؤلاء الأفراد بعدم قدرتهم على سماع الكلام المنطوق مما يضطرهم إلى أساليب معينة

للتواصل مع الآخرين. ومن الناحية الطبية يعرف الأفراد المعاقون سمعيًا بأنهم أولئك الأشخاص الذين لديهم غياب كلى لحاسة السمع قد يكون مرجعه وراثيًا أو مكتسبًا. ومن هذا المنطلق تتطور حياتهم دون الإتصال بالبيئة على أساس سمعى. وقد يكون الفرد فى هذا الإطار قد وُلد وهو لا يستطيع السمع أو يسمع إلى حد ضئيل جدًا، أو يكون سمعه قد أصيب فى حضانته أو طفولته المبكرة بحيث لا يستطيع معه النطق أو تعلم اللغة عن طريق المحاكاة. وربما يكون الفرد قد فقد حاسة السمع قبل أن يتعلم الكلام، أو يكون قد فقدها بمجرد أن تعلم الكلام مما يعمل على فقد آثار التعلم بسرعة.

ويعرف الطفل الأصم وفقًا للقرار الوزارى رقم ٣٧ لسنة ١٩٩٠ بأنه ذلك الطفل الذى فقد حاسة السمع أو كان سمعه ناقصًا لدرجة تجعله يحتاج إلى أساليب تعليمية جيدة تمكنه من الإستيعاب دون مخاطبة كلامية. ومن هذه الأساليب والفنيات التى يمكن استخدامها فى التواصل مع ذوى الإعاقة السمعية ما يلى:

١ ـ **طريقة قراءة الشفاة:** Lip reading وتعنى أن يعى الأصم الكلمات التى ينطق بها غيره من العاديين من خلال حركة الشفاة لديهم. وتضم هذه الطريقة أسلوبين يتمثل أحدهما فى الأسلوب التحليلى الذى يستند على حركات شفاه المتكلم والتى تهدف إلى إيصال معنى معين، بينما يتمثل الثانى فى الأسلوب التركيبى الذى يهدف إلى إيصال معنى الكلام أكثر من التركيز على حركات الشفاة.

٢ ـ **لغة الإشارة:** Sign language وتعتمد على الإيماءات وحركات الجسم التى يراد بها إيصال معنى معين. وتضم هذه الطريقة نوعين من الإشارات هما الإشارات الوصفية والتى تعنى الإشارات اليدوية التى تعبر عن فكرة معينة، والإشارات غير الوصفية وهى إشارات مميزة يستخدمها ذوو الإعاقة السمعية فقط وتكن ذات دلالات معينة، وتضم معها هجاء الأصابع وهو الأسلوب الذى يتسم بأنه عبارة عن إشارات حسية مرئية يدوية تدل على الحروف الهجائية. ويمكن استخدام قراءة الشفاة مع هذه الطريقة ودمجهما معًا.

وإذا كان الطفل الأصم مثله كزميله العادى يملك أجهزة الإستقبال المختلفة باستثناء حاسة السمع وهو الأمر الذى يجعله يشعر بما يشعر به الطفل العادى، كما يتأثر بما يتأثر به من مشاعر وعواطف وغيرها، وإن كان يعانى من مشكلات عدم التوافق مع غيره ممن يسمعون وهو ما يفرض عليه ردود. فعل معينة يشعر من جرائها بالفشل وعدم القدرة على إشباع الحاجات. كما يشعر بالدونية نتيجة إعاقته وهو الأمر الذى قد يؤدى به إلى الإكتئاب والحزن والتشاؤم والإنسحاب من المجتمع. وهناك عدد من الخصائص يتسم بها الفرد الأصم وتفتح أمامنا مجالاً كبيرًا للدراسات فى هذا الصدد حيث لم يعثر المؤلف على دراسات تناولت العلاج المعرفى السلوكى مع ذوى الإعاقة السمعية وهو ما سنعود إليه بعد قليل خلال هذا الفصل. أما عن هذه الخصائص والسمات فيمكن إيجازها فيما يلى:

١ ـ الطفل الأصم غير ناجح اجتماعيًا بدرجة كافية حيث ينسحب من المجتمع بسبب عاهته الحسية وإن إتصل بغيره من العاديين فإنه لا يتصل بهم بفاعلية.

كذلك فهو أكثر ميلاً إلى الإنطواء وأقل حبًا للسيطرة، كما أن التكيف الاجتماعى غير واضح لديه. أما من ناحية النضج الاجتماعى فإن الطفل الأصم يقل عن الطفل العادى بنسبة ٢٠٪ تقريبًا. وإلى جانب ذلك فإنه يبدى عجزًا واضحًا فى قدرته على تحمل المسئولية.

٢ ـ من الناحية الإنفعالية يتسم الطفل الأصم بالإضطراب النفسى والإنفعالى بسبب الإنطوائية التى يعيشها والتى ترجع إلى عدم شعوره بالحنان وعطف الأم فى مرحلة الطفولة نظرًا لأنه لم يسمع صوتها بنغماته أثناء عنايتها به، ومن ثم يسيطر عليه الإحباط. كما أنه يميل إلى الإشباع المباشر لحاجاته.

٣ ـ من الناحية العقلية يقل ذكاء الطفل الأصم عن قرينه العادى بنحو ٥٪ تقريبًا ومن ثم فإن استجابته لإختبارات الذكاء لا تختلف تقريبًا عن إستجابة الطفل العادى. إلا أن هذه الإعاقة الحسية تؤدى به إلى سوء التحصيل وإلى

صعوبات فى النطق والإهتمام والتركيز مما يجعله متأخراً أربع أو خمس سنوات دراسية عن قرينه العادى.

٤ - لا يختلف الطفل الأصم من الناحية الجسمية عن قرينه العادى سوى فى عدم قدرته على إصدار الأصوات بسبب فقده للسمع.

٥ - من الناحية السلوكية يعانى الطفل الأصم من بعض المشكلات السلوكية كالعدوان وسب الآخرين والكيد لهم وإلحاق الأذى بهم.

٦ - من الناحية النفسية تدفعه تلك السمات إلى أن يخبر العديد من التوترات والإضطرابات المختلفة كالمشاعر الإكتئابية والقلق والخوف وخاصة من المستقبل، كما تنخفض ثقته بنفسه وتقديره لذاته وغير ذلك مما يفتح المجال أمامنا للتدخل فى سبيل المساعدة.

وفيما يتعلق بالتشخيص فإنه يرتبط بالناحية الطبية ويعتمد عليها فى الأساس وذلك بالنسبة للإعاقة، أما بالنسبة للإضطرابات المختفلة فإن تشخيصها لا يكاد يختلف عما تناولناه بالنسبة للعاديين مع وضع طبيعة الإعاقة وسمات شخصية الأصم فى إعتبارنا. أما بالنسبة لاستخدام العلاج المعرفى السلوكى كأسلوب علاجى لخفض حدة ما يعانيه الصم من مشكلات أو الحد منها فلم يعثر المؤلف على أى دراسة فى هذا الصدد، وربما يرجع ذلك إلى ضرورة أن يتقن من يتصدى لذلك لغة الإشارة على الأقل حتى يمكن أن يحقق نجاحًا فى هذا الصدد، وهو الأمر الذى يجعل هذا المجال بكرًا وخصبًا أمامنا لإجراء الدراسات العلاجية على أعضاء هذه الفئة والتى يمكننا من خلالها أن نساعدهم فى التغلب على إعاقتهم وأن نضيف شيئًا فى هذا المجال حتى وإن كان قليلاً.

ونحن نقترح أن يلم الباحث أولاً بلغة الإشارة حتى يتمكن من التعامل معهم بفاعلية، وأن يكتب المقاييس التى يستخدمها فى دراسته بلغة الإشارة نظرًا لما يعانيه هؤلاء الأفراد من مشكلات منها مشكلات القراءة والفهم والتركيز، وأن يتضمن بحثه أو رسالته ملحقًا بذلك إلى جانب الملحق الأصلى الذى يضم تلك المقاييس

بشكلها الذى نقدمه للعاديين. وهو نفس ما ينطبق على البرنامج العلاجى أو الإرشادى المستخدم حيث يجب أن يكون هناك ملحقان أحدهما مكتوب بالطريقة العادية، أما الآخر فيجب أن يكون مكتوبًا بلغة الإشارة.

وهناك العديد من التوترات والإضطرابات والمشكلات المختلفة التى يعانى منها الأفراد الصم يمكن أن نتناولها بالدراسة مستخدمين فى ذلك أساليب إرشادية وأخرى علاجية، وأرى أنه سوف يكون لذلك رد فعل طيب على المدى القريب.

ثانيًا: الإعاقة البصرية:

يعرف الشخص المعاق بصريًا ـ الكفيف ـ بأنه ذلك الشخص الذى يفقد القدرة على الإبصار كليًا أو جزئيًا بحيث يكون الكف الجزئى بمثابة قصور بصرى حاد يجعله غير قادر على القراءة بالطريقة العادية ومن ثم يعتمد على القراءة بطريقة برايل التى تعد نظامًا من الحروف والأرقام وعلامات التنقيط والرموز العلمية صيغت بحيث تصلح كلغة للمكفوفين عن طريق تشكيلات النقاط البارزة على سطح الورقة. ولا يستطيع هذا الشخص نتيجة عجزه فى حاسة الإبصار أن يعتمد على تلك الحاسة فى أداء تلك الأعمال التى يؤديها غيره.

وتختلف الإعاقة البصرية من حيث شدتها ومدى تأثيرها على فاعلية الإبصار باختلاف الجزء المصاب من العين، وبدرجة الإصابة. كما تختلف أيضًا باختلاف مدى قابلية الإصابة للتحسن عن طريق استخدام المعينات البصرية أو العمليات الجراحية. ويعد الشخص الذى يرى على مسافة عشرين قدمًا (ستة أمتار) ما يراه المبصر على مسافة مائتى قدم (ستين مترًا) معاقًا بصريًا.

وتتسم شخصية الكفيف بفقد الصور البصرية ومحدودية الإدراك الحسى بحدود الحواس السليمة الباقية، وشعوره بهذا النقص عند مقارنه نفسه بالمبصرين. كما يتسم بالإنسحاب الاجتماعى نتيجة لذلك النقص ونتيجة إعتماده على المبصرين فى الحركة وخضوعه لإرادتهم فى هذا الإطار. ويعتمد الكفيف على الذاكرة السمعية واللمسية فى التعرف على المثيرات المختلفة والأشخاص. وفى حين يكون الكفيف

ودوداً ومتعاطفًا مع أقرانه المكفوفين فإنه إن لم ينسجم مع المبصرين يشعر بالجرح ويثور عليهم ويميل إلى السخرية منهم والتقليل من شأنهم ومن ثم يصبح عدوانيًا. وإن انسجم معهم يحاول أن يجاريهم ويجادلهم ويناقشهم حتى يثبت لهم أن عاهته الحسية لا تقلل من قدرته العقلية أو منطقه. وإضافة إلى ذلك يميل الكفيف أيضًا إلى أن يتناول طعامه وحده ويفضل الأغذية الجامدة على السائلة ويكره حضور حفلة يكون فيها مائدة للطعام.

ويعانى الكفيف من عدد من التوترات والضغوط والإضطرابات، فيعانى مثلاً من الإضطراب فى المهارات الحركية، والإفتقار إلى المهارات اللغوية سواء اللفظية كمعدل الكلام ومعدل الصوت ونغمته والتنوع الصوتى، أو غير اللفظية كالإشارات والإيماءات. إلى جانب عدم قدرته بطبيعة الحال على قراءة تعبيرات الوجه لمعرفة أثر كلماته على من يستمع إليه، وعدم قدرته على استخدام التعبيرات الوجهية لتصوير إنفعالاته، وإضطراب علاقاته الاجتماعية التى تبدو أحادية الجانب فى كثير من الأحيان. هذا إلى جانب القلق الاجتماعى والإضطراب الانفعالى، وعدم القدرة على النوم بسبب الأحلام المزعجة، والشعور المستمر بالتعب، والخوف من المجهول، والشعور بعدم الكفاءة وعدم القيمة والفشل؛ والشعور المستمر بالتهديد النفسى والجسمى والاجتماعى.

هذا ولا يزال التشخيص الإكلينيكى يعتمد فى الأساس على التشخيص الطبى وذلك بالنسبة للإعاقة، أما بالنسبة للإضطرابات العديدة فهى تكاد لا تختلف عن مثيلاتها عند العاديين مع وضع طبيعة الإعاقة وسمات الشخصية المعاقة فى الاعتبار.

العلاج المعرفى السلوكى لبعض الإضطرابات المرتبطة بالإعاقة البصرية

تم استخدام العديد من الفنيات العلاجية المعرفية السلوكية لعلاج بعض الإضطرابات المرتبطة بالإعاقة البصرية، وكشفت عن نتائج جيدة تعد مبشرة فى هذا المجال وتحث على إجراء مزيد من الدراسات فى ذلك الإطار. ومن بين هذه

الفنيات حظت فنية الكف بالنقيض أو التحصين التدريجى والاسترخاء بقدر كبير من الاستخدام. وتتبع هذه الفنية فى الأساس للعلاج السلوكى ولكنها تستخدم ضمن فنيات العلاج المعرفى السلوكى. وقد طبقت هذه الفنية على نطاق واسع ومتباين فيما يتعلق بالظروف ذات الصلة بمواقف القلق والخوف وذلك على عينات من الأفراد تتعدد وتتباين فى طبائعها وسماتها التى تشكل الخلفية المميزة لكل عميل. وقد أكدت فاعليتها دراسات وأبحاث إمبيريقية على درجة عالية من الضبط حيث يعمل عنصرا التحصين التدريجى وهما الاسترخاء والتقديم الخيالى المتدرج للمثيرات على تحقيق فاعلية هذا العلاج.

وإلى جانب ذلك فإن أسلوب إليس Ellis والمعروف بالعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى يعد من التكنيكات ذات الفاعلية فى هذا الصدد. ويعتمد هذا الأسلوب على تحديد الأفكار المشوهة والمعتقدات المختلة وظيفيًا والتى تؤدى إلى الإضطرابات الإنفعالية، ويقوم المعالج بتدريب عملائه على أن يقوموا بدحض إفتراضاتهم المتخاذلة عن أنفسم والآخرين وتصحيحها وتعديلها، ومن ثم إعادة البناء المعرفى. ويمكن إلى جانب ذلك استخدام تكنيك التدريب على حل المشكلات، والتدريب على إدارة القلق، مع الواجبات المنزلية. هذا ويجب أن يسبق ذلك استخدام تكنيك التعليم النفسى الذى يعتمد على تقديم المعلومات عن الإضطراب موضوع الدراسة من حيث طبيعته وأعراضه وأسبابه وتطوره وكيفية مواجهته، ويعتمد فى ذلك على فنيتى المحاضرة والمناقشة مما يوفر الأساس لمواجهة هذا الإضطراب أو ذاك.

وهناك نقطة أساسية فى هذا الصدد تتمثل فى ضرورة الاعتماد أثناء البرنامج على الجانب السمعى والإدراكى والبعد قدر الإمكان عن الجانب الحركى لأن حركة الكفيف بمفرده فى المكان يمكن أن تسبب مشكلات أخرى نكون فى غنى عنها فى ذلك الوقت حيث هناك واجبات منزلية سوف يؤديها الكفيف بمفرده دون أن يكون المعالج موجودًا إلى جواره.

ومن الفنيات الأخرى التى يمكن استخدامها فنية النمذجة والتى تعتمد فى هذه

الحالة على سماع قصة معينة تتضمن التحدى مثلاً فى ضوء الإضطراب موضوع الدراسة وكيف استطاع بطل تلك القصة أن يتحدى ظروفه ويقهرها ويجتاز العقبة التى يمثلها ذلك الإضطراب. كما يمكن استخدام فنية التحويل وذلك لتحويل اهتمام العملاء إلى مجالات أخرى تصرف إنتباههم واهتمامهم من ذلك الموضوع الذى يؤرقهم إلى موضوع آخر لا يسبب مشكلة لهم.

هذا ويمكن أيضًا استخدام فنية التدريب على السلوك التوكيدى، والتعلم من خبرات الآخرين. وهناك فنية أخرى لها أثر كبير على المكفوفين هى فنية إشباع المطالب والتى يمنح المعالج المفحوصين خلالها التقبل غير المشروط والطمأنينة، إلى جانب توفير جو من الثقة والصراحة. أما فنية الدحض والتشجيع فتؤكد على ضرورة التخلى عن الأفكار اللاعقلانية مع التشجيع والثناء المستمر على ذلك. ويعمل المعالج من خلال فنية التخلى عن المطالب على تعليم المجموعة العلاجية عدم الإصرار اللاعقلانى على مطالب معينة كطلب الكمال أو الإعتماد على الآخرين، وكذا التخلى عن كلمات «يجب»، و«ينبغى»، و«لابد».

ويمكن أن يسير البرنامج العلاجى والذى قد يستغرق فى المتوسط خمسة عشرة جلسة وذلك وفق الخطوات التالية:

١ ـ **الجلسات الأولى**: وتستخدم خلالها فنية التعليم النفسى والتى يتم من خلالها تقديم المعلومات اللازمة عن موضوع الإضطراب من حيث طبيعته وأسبابه وأعراضه وتطوره وكيفية مواجهته وعلاجه وذلك من خلال فنيتين أساسيتين هما المحاضرة والمناقشة.

٢ ـ **الجلسات الوسطى**: ويتم خلالها التعرف على الأفكار المشوهة والمعتقدات المختلة وظيفيًا التى تكمن خلف الإضطراب موضوع الدراسة وذلك تمهيدًا لدحضها وتعديلها وتصحيحها، وإعادة البناء المعرفى. ويمكن أيضًا استخدام التدريب على السلوك التوكيدى، وفقد الحساسية المنظم، والنمذجة، وتحويل الاهتمام.

ويجب أن تتضمن هذه الجلسات التدريب على استراتيجيات المواجهة كالتدريب على الاسترخاء، والتدريب على حل المشكلات، والتدريب على إدارة القلق، ويجب ألا نغفل عن الواجبات المنزلية خلال تلك الجلسات.

٣ ـ **الجلسات الأخيرة:** ويتم خلالها إعادة التدريب على استراتيجيات المواجهة مع استمرار الاهتمام بالواجبات المنزلية، ثم إنهاء البرنامج.

٤ ـ **المتابعة:** وتتم خلال الشهور الستة التالية للبرنامج. ويتضح خلالها أهمية التدريب على إستراتيچيات المواجهة الذى تم خلال الجلسات الأخيرة حيث يساعد العميل على مواجهة أى عقبات تواجهه بعد إنتهاء البرنامج والتغلب عليها.

هذا وقد أثبتت الدراسات التى استخدمت هذا الأسلوب العلاجى أنه يؤدى إلى نتائج جيدة تستمر لمدة طويلة بعد انتهاء البرنامج، ويسهم إلى حد كبير فى تقليل احتمالات حدوث إنتكاسة بعد العُلاج.

دراسات تطبيقية

تندر الدراسات العلاجية التى أجريت فى هذا الإطار باستخدام العلاج المعرفى السلوكى على المكفوفين. وهناك دراستان رائدتان فى هذا المجال أجريت **الأولى** عام ١٩٨٢ وأجراها إيفانز Evans وكانت حول علاج الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية لدى عينة من كبار السن المعاقين بصريًا قوامها ١٥ مفحوصًا تتراوح أعمارهم بين ٥٦ ـ ٧٨ عامًا مستخدمًا أسلوب حل المشكلات، وكشفت نتائجها عن زيادة الفاعلية الاجتماعية لأفراد العينة وإنخفاض دال فى درجة شعورهم بالعزلة الاجتماعية. أما **الدراسة الثانية** فكانت تلك التى أجراها إيفانز وآخرون Evans et. al (١٩٨٧) مستخدمين برنامج معرفى سلوكى لكبار السن المعاقين بصريًا وذلك لدى عينة قوامها إثنا عشر مفحوصًا متوسط أعمارهم ٦٢ عامًا يمثلون المجموعة التجريبية، وإثنا عشر مفحوصًا من كبار السن المبصرين كمجموعة ضابطة. وأوضحت النتائج حدوث تغيرات دالة فى السلوك وفى وسيلة الوصول إلى الهدف وتحقيق التوافق والذى كان يمثل هدفًا أساسيًا فى تلك الدراسة.

أما فى البيئة العربية فلم تسفر المحاولات التى قمنا ببذلها للحصول على دراسات فى هذا المجال أجريت خلال التسعينيات سوى عن دراسات ثلاث فقط حيث أجرت أمانى عبد المقصود (١٩٩٣) دراسة للوقوف على مدى فاعلية برنامج إرشادى قائم على الإرشاد العقلانى الإنفعالى عند إليس Ellis فى خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين المكفوفين من الجنسين. وتألفت عينة الدراسة من ٧٦ طالبًا وطالبة من الصف الثانى الإعدادى بمدارس المكفوفين بالقاهرة قسمت إلى أربع مجموعات فرعية قوام كل منها تسعة عشر مفحوصًا، إثنتين من الذكور، واحدة تجريبية والأخرى ضابطة، وكذلك الحال بالنسبة للبنات. وكانوا جميعًا متجانسين من حيث الذكاء، والعمر الزمنى، والمستوى الاقتصادى الاجتماعى. وتضمن البرنامج العلاجى إحدى عشرة جلسة بواقع جلستين أسبوعيًا، ثم قامت بمتابعتهم بعد مرور شهر من إنتهاء البرنامج. واستخدمت خلال البرنامج فنيات المحاضرة والمناقشة، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وبعض الأنشطة الترفيهية، ولعب الدور. وأسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج الإرشادى المستخدم فى خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد المجموعتين التجريبيتين قياسًا بأفراد المجموعتين الضابطتين، وعن استمرار تلك الفاعلية أثناء فترة المتابعة. وسوف نعود لهذه الدراسة مرة أخرى عند التعليق على هذا الفصل وذلك فى النقطة التالية.

وأجرى سيد عبد العظيم (١٩٩٨) دراسة على عينة من المكفوفين شملت تسعة مفحوصين من الذكور متوسط أعمارهم ١٦,٧٨ سنة مستخدمًا أسلوب بيك Beck للتعرف على أثره فى خفض الشعور باليأس لدى أفراد العينة. واستخدم مقياسًا للشعور باليأس من إعداده. وقد تألف البرنامج المستخدم من عشر جلسات إرشادية مدة كل منها ساعة ونصف بواقع جلستين أسبوعيًا. وتضمن فنيات الحوار السقراطى، وتحديد الأفكار السالبة واستحداث حلول منطقية للمشكلات التى تسببها، وتعديل تلك الأفكار، والتدريب على الاسترخاء، وجدولة الأنشطة، والواجبات المنزلية. وتمت المتابعة بعد مرور ستة أسابيع من إنتهاء البرنامج، وأوضحت النتائج فاعلية هذا الأسلوب الإرشادى فى خفض الشعور باليأس لدى

أفراد العينة، وأوضحت نتائج المتابعة استمرار تلك الفاعلية وذلك خلال فترة المتابعة.

واستهدفت دراسة إيهاب الببلاوى (١٩٩٩) التعرف على أثر كل من التحصين التدريجي والعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى خفض حدة القلق لدى المراهقين المكفوفين. وتكونت عينة الدراسة من ١٨ طالبًا بمدرستى النور للمكفوفين بالزقازيق، وطه حسين للمكفوفين بالزيتون تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات متساوية العدد (ن = ٦) وفقًا لاستجاباتهم على المقاييس المختلفة، فمن حصلوا على أعلى الدرجات فى مقياس الأفكار اللاعقلانية تم وضعهم فى المجموعة التجريبية الأولى التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى، أما الذين تم وضعهم فى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت التحصين التدريجى فكانوا من أولئك الذين اتضح من استجاباتهم على المقياس الفرعى «الأعراض الفسيولوچية للقلق» أنهم يعانون من ردود فعل فسيولوجية، فى حين كانت المجموعة الثالثة ضابطة ولم تتلق أى علاج. وتمت مجانسة المجموعات الثلاث فى متغيرات العمر الزمنى، ومستوى الذكاء، والمستوى الاجتماعى الاقتصادى، ومستوى القلق. وتمثلت أدوات القياس فى مقياس قلق المكفوفين الذى أعده عادل الأشول وعبد العزيز الشخص، وإستبانة مستشفى ميدل سكس MHQ التى أعدها كرسب وآخرون Chrisp et. al وترجمها وقننها رشاد عبد العزيز، ومقياس الأفكار اللاعقلانية لذوى الإعاقة البصرية من إعداده (الباحث). وتضمن برنامج التحصين التدريجى ١٤ جلسة مقسمة إلى أربع مراحل تمثلت **المرحلة الأولى** فى الجلسة الأولى التى خصصت للتمهيد والتعارف ومدتها ساعة، **أما المرحلة الثانية** فضمت الجلستين الثانية ومدتها ساعة ونصف، والثالثة ومدتها ساعة وربع وتم تخصيصهما لإعطاء معلومات عن القلق، والعلاج بالتحصين التدريجى، فى حين ضمت المرحلة الثالثة الجلسات من ٤ ـ ٨ ومدة كل منها ساعة إلا ربعًا وخصصت للتدريب على الاسترخاء بدءًا من استرخاء اليدين والكفين، فالرأس والرقبة، ثم الصدر والبطن والظهر، فالساقين والقدمين، يليها استرخاء الجسم بالكامل. وإلى

جانب ذلك ضمت هذه المرحلة أيضًا الجلسات من ٩ ـ ١٣ ومدة كل منها ٣٥ دقيقة وتم تخصيصها لإجراء عملية التحصين. وانتهى البرنامج بالمرحلة الرابعة التى ضمت الجلسة الرابعة عشرة ومدتها ساعة وتم تخصيصها لتقييم البرنامج. ومن ناحية أخرى تضمن برنامج العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى ١٥ جلسة موزعة على أربع مراحل ضمت المرحلة الأولى أول جلسة ومدتها ساعة وتم تخصيصها للتمهيد والتعارف. وضمت المرحلة الثانية الجلسات الثلاث التالية وتراوحت مدة الجلسة بين ٧٥ ـ ٩٠ دقيقة وخصصت لتقديم المعلومات والتدريب على نموذج ABC، بينما ضمت المرحلة الثالثة الجلسات من ٥ ـ ١٤ وتراوحت مدة كل منها بين ٦٠ ـ ٩٠ دقيقة وتناولت تطبيق نموذج إليس على الأفكار اللاعقلانية فى الجوانب المختلفة والتى تثير القلق لدى الكفيف. أما المرحلة الأخيرة فضمت الجلسة الأخيرة ومدتها ساعة ونصف وخصصت لتقييم البرنامج. وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامجين المستخدمين فى خفض حدة القلق لدى المكفوفين مع عدم وجود فروق دالة بينهما. كما كشفت النتائج أيضًا عن استمرار تلك الفاعلية أثناء فترة المتابعة حيث تم القياس التتبعى بعد شهر ونصف من انتهاء البرنامج.

تعليق

لم يعثر المؤلف على دراسات استخدمت العلاج المعرفى السلوكى لذوى الإعاقات الجسمية الحسية سوى بعض الدراسات فى مجال الإعاقة البصرية الذى يعد من الميادين الجديدة التى بدأ هذا الإتجاه العلاجى يسبر غورها مؤخرًا مستخدمًا فنيات عديدة من بينها تكنيك التعليم النفسى الذى يضم فنيتى المحاضرة والمناقشة. إلى جانب النمذجة، ولعب الدور، والتحصين التدريجى، والتدريب التخيلى، والتدريب على الاسترخاء، والتدريب على حل المشكلات، والواجبات المنزلية، وتحديد الأفكار اللاعقلانية والعمل على تصحيحها وتعديلها، والاستفادة من الخبرة.

أما الدراسات العربية التى استخدمت هذا الأسلوب العلاجى فهى تكاد تنحصر فى تلك الدراسات الثلاث التى عرضنا لها والتى تم إجراؤها من جانب أمانى عبد المقصود (١٩٩٣)، وسيد عبد العظيم (١٩٩٨)، وإيهاب الببلاوى (١٩٩٩). ولكن يلاحظ على الدراسة الأولى من هذه الدراسات أن مضمون البرنامج المستخدم، وكذا الفنيات المستخدمة لا تتصل بنموذج إليس الذى ذكرت الباحثة أنها ستسير فى ضوئه لتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد العينة. ولم تتضمن جلسات البرنامج أى إشارة لاستخدام ذلك النموذج، بل إن النشاط الوحيد الذى قدمته بغرض تعديل الأفكار قد تمثل فى تقديم القصص التى تدور حول الإعاقة البصرية وقهر اليأس وذلك فى إطار الأنشطة الثقافية المتضمنة، ولكنها ذكرتها كأمثلة لأشخاص مكفوفين قهروا اليأس مثل طه حسين، فكانت تعرض عليهم القصة وتسألهم عن المستفاد منها فقط، واكتفت بما طلبته منهم بأن تكون تلك القصص حافزًا لهم على التفوق والنجاح وتجاوز الإعاقة ومحاولة تحقيق ذواتهم وتحقيق أمانيهم فى المستقبل. كما سخّرت الأنشطة التى تضمنها البرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية والحرص على العلاقات الاجتماعية والتعاون. وإذا كانت الأنشطة المستخدمة قد اعتمدت على تنمية بعض المهارات الاجتماعية الخاصة بالاتصال والتعاون وحسن الإصغاء، إلى جانب تفجير طاقات الفرد المكبوتة وإشباع حاجاته النفسية من خلال عدة أساليب من أهمها تدريب المراهق على التفاعل مع المحيطين به، وتكوين علاقات سليمة مع الآخرين، وتعزيز السلوك الإيجابى لدى الكفيف بما يكسبه تقدير الآخرين له فإنها تصلح مع الإرشاد أو العلاج بين الشخصى أو الاجتماعى interpersonal وليس العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى. كما أن هذا الأسلوب العلاجى يعد هو الأفضل على المدى الطويل وهو ما أكدته الدراسات التى قارنت بينه وبين غيره من الأساليب العلاجية الأخرى، ولذلك لا يجب تحت أى ظروف أن تقل فترة المتابعة عن ثلاثة شهور حتى نتأكد من ذلك..

* * *

الفصل التاسع

إضطرابات الشخصية

طبيعة إضطرابات الشخصية

شهدت السنوات الأخيرة من القرن العشرين اهتمامًا متزايدًا ببحوث ودراسات إضطرابات الشخصية personality disorders وجدير بالذكر أن إضطرابات الشخصية قد نالت قدرًا كبيرًا من الاهتمام منذ أن وضعت على محور خاص فى دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى فازدادت البحوث والدراسات فى هذا المجال منذ منتصف الثمانينيات وحتى الآن، كما ظهرت إلى جانب ذلك مجلة إضطرابات الشخصية كمجلة علمية متخصصة فى هذا المجال.

وعلى الرغم من ذلك فقد ظلت هناك مشكلة نظرية لم تحل وذلك بشأن إضطرابات الشخصية إذ أننا نلاحظ أنه فى الوقت الذى يفترض فيه الدليل التشخيصى DSM وفقًا لمحكات التشخيص القيام بتقسيم أو تصنيف المرضى إلى فئات متباينة يختلف التشخيص فى كل حالة منها عن الأخرى توضح التقارير ونتائج الدراسات أن هناك تداخلاً بين تلك الفئات حيث هناك أعراض مشتركة بين أكثر من فئة من فئات الإضطرابات تلك مما قد يشير إلى نوع من التكرار أو النقص فى صدق البناء المفاهيمى لهذه الفئات التشخيصية. ويضاف إلى ذلك أيضًا ما يمكن أن نلاحظه من أعراض مرضية مشتركة بين إضطرابات المحور الأول والثانى حيث يتناول المحور الأول مختلف الإضطرابات الإكلينيكية ما عدا إضطرابات الشخصية والتخلف العقلى وهما معًا يمثلان إضطرابات المحور الثانى. ومن المعروف أن DSM - IV يتناول تلك الإضطرابات من خلال خمسة محاور. وإضافة إلى ذلك فإن المحور الثالث يتناول تلك الإضطرابات التى ترجع إلى

ظروف طبية أو صحية عامة، ويتناول المحور الرابع المشكلات النفس اجتماعية والبيئية، بينما يتناول المحور الخامس تلك الإضطرابات التى تتعلق بالمستوى العام للأداء الوظيفى للفرد سواء فى المجال النفسى أو الاجتماعى أو المهنى.

ويمكن حل تلك المشكلات إذا استخدمنا أبعادًا متصلة بدلاً من تلك الفئات التشخيصية، إلا أنه لم يستقر الرأى بعد على ما يمكن أن نستخدمه من أبعاد فى هذا الصدد. وكخطوة فى هذا السبيل قدّم بجمان (١٩٩٠) Pigman وماكراى (١٩٩٢) Mc Crae نموذج العوامل الخمسة لسمات الشخصية Five Factor model والذى يتضمن العصابية، والإنبساطية، والتفتح، والتقبل، والضمير الحى. ويبدو من خلال ما كشفت عنه نتائج الدراسات فى هذا المجال أن هناك ما يؤكد شمول هذا التصنيف واعتباره إطاراً لفهم إضطرابات الشخصية. وهنا لابد أن يثار سؤال حول إمكانية قيام تلك الدراسات التى تستخدم هذا النموذج إلى جانب أساليب تناول الشخصية السوية بإلقاء الضوء على إضطرابات الشخصية، وهو الأمر الذى يتطلب منا بطبيعة الحال أن نقوم أولاً بإلقاء الضوء على ذلك النموذج الذى يعرف بالنموذج الخماسى لعوامل الشخصية والذى يعتبر بمثابة توزيع هرمى متدرج لسمات الشخصية، تلك السمات التى تعد أبعادًا ثابتة تدل على وجود أنماط متسقة ومستديمة فى التفكير والمشاعر والسلوكيات، كما تعكس فى الوقت ذاته استعدادات لدى الفرد تدوم طويلاً مما يميزها عن الحالات أو المزاج التى تكون عابرة وليس لها صفة الدوام.

ولأبعاد الشخصية تاريخ طويل فى علم النفس يرجع إلى نمطى يونج Young عن الإنطوائية والإنبساطية، ثم تلاه آيزنك Eysenck وقدم بعد العصابية والإنبساطية، ولكنه أصبح من أصحاب النمط ثلاثى الأبعاد عندما أضاف عام ١٩٧٥ إلى ذلك بعدًا ثالثًا هو بعد الذهانية. وقدم تيليجين (١٩٨٥) Tellegen نموذجًا بديلاً ثلاثى الأبعاد حيث استبدل ببعد الذهانية بعدًا آخر هوكبح الانفعالات Constraint وجعل البعدين الآخرين يمثلان الانفعالية السلبية negative affectivity والانفعالية الإيجابية. وقدم كلوننجر (١٩٨٧) Cloninger نموذجًا

ثلاثى الأبعاد يقوم على التكيف العصبى **neuroadaptation** ويتضمن تجنب الأذى وهو ما يقابل العصابية عند آيزنك والإنفعالية السلبية عند تيليجين، ويتمثل البعد الثانى فى البحث عن الجديد والمثير وهو ما يمثل درجة منخفضة من الكبح عند تيليجين، أما البعد الثالث فهو الاعتماد على الإثابة.

وإلى جانب ذلك هناك نماذج أخرى تتضمن عوامل تزيد عن العوامل الخمسة المألوفة منها العوامل العشرة عند جليفورد وزيمرمان **Guilford & Zeimerman** والعوامل الستة عشر عند كاتل **Cattle** ولكل هذه النماذج دورها فى فهم اضطرابات الشخصية، إلا أن الدلائل المختلفة تشير إلى إمكانية استخلاص تلك النماذج من النموذج الخماسى، كما يمكن تفسيرها فى إطاره حيث تعد الأبعاد التى تزيد عن هذه الأبعاد الخمسة استكشافًا لأبعاد السمات عند مستوى أدنى من ذلك التدرج الهرمى الذى تمثله سمات الشخصية. هذا وقد شهدت فترة الثمانينيات إحياء لبنية الشخصية وتقديراتها نظرًا لزيادة الاهتمام بتقديرات الشخصية، إلى جانب تحليل استبيانات الشخصية حيث إزداد استخدام الاستبيانات العديدة وفى مقدمتها **16pf** وغيره مثل إستبيان جليفورد وزيمرمان للمزاج، وإستبيان آيزنك للشخصية. وقد أدى ذلك إلى أن ساد فى الوقت الراهن رأى يرى أن الأبعاد الخمسة التى يتضمنها النموذج الخماسى هى الأبعاد الأساسية للشخصية. ويمكن عرض تلك الأبعاد كالتالى:

١ - العصابية **Neuroticism(N)**

ويشير هذا البعد إلى المستوى المزمن للتوافق الانفعالى وعدم الاتزان، وتميز الدرجة المرتفعة على هذا البعد الأفراد الأكثر ميلاً إلى الضيق النفسى. ويتطابق هذا البعد كسمة مع الانفعالية السلبية، ويشتمل أيضًا على أفكار غير واقعية مبالغ فيها، وصعوبة تحمل ذلك الإحباط الناتج عن عدم تنفيذ الفرد لدفعاته، وكذلك على الاستجابات غير التوافقية، كما يشمل القلق والغضب والعدوانية والاكتئاب والحساسية المفرطة والقابلية للمرض.

٢ ـ الانبساطية (Extraversion(E

وتشير إلى كم وشدة التفضيلات فى التفاعلات بين الشخصية، ومستوى النشاط والحاجة إلى الاستشارة، والقدرة على الاستمتاع. ويميل الأفراد الذين تزيد لديهم هذه السمة إلى الاجتماعية والنشاط والتفاؤل والمرح والتوجه نحو الآخرين وحب اللذة إلى جانب أنهم ودودون، بينما يميل الأفراد الذين تقل لديهم هذه السمة إلى أن يكونوا متحفظين، ومتزنين، ومتباعدين، ومستقلين، ويفضلون الهدوء. لذلك لا يكون لديهم الدرجة العالية من الحماسة والمرح التى تميز الإنبساطيين أى من تزيد لديهم درجة هذه السمة.

٣ ـ التفتح (Openness to experience (O

وتشمل هذه السمة البحث الجاد عن الخبرات وتذوقها لذاتها، ومن ثم يتسم الأفراد المتفتحون بحب الاستطلاع، وسعة الخيال، والاستعداد للتعامل مع الأفكار الجديدة والقيم غير التقليدية، والاستمتاع بكافة الانفعالات بشكل أكثر حيوية من المنغلقين الذين تقل لديهم هذه السمة فيميلون إلى التقليدية فى معتقداتهم واتجاهاتهم، ويكونون متحفظين فى أذواقهم، وذوى معتقدات جامدة (دوجماطيقيين)، ومتصلبين فى آرائهم، ويتبعون من الناحية السلوكية طرائق واحدة لا تتغير، كما يعتبرون غير متجاوبين إنفعاليًا.

٤ ـ التقبل (agreeableness (A

وتشير هذه السمة إلى نوع التفاعلات التى يفضلها الفرد عبر متصل يمتد من التراحم إلى العداء. ويميل الأفراد الذين يحصلون على درجة مرتفعة على هذا البعد إلى أن يكونوا من أصحاب القلوب الرحيمة، وإلى الطبيعة الخيرة، والثقة بالغير، وتقديم العون للآخرين، والعفو عند المقدرة، والإيثار، والتجاوب والتعاطف، والاعتقاد بأن الآخرين أو معظمهم يبادلونهم نفس المشاعر والسلوك. أما الذين تقل لديم هذه السمة وهم العدائيين فيميلون إلى التشاؤم والسخرية، ويتسمون بالوقاحة وجرح الآخرين ومشاعرهم، والشك فيهم، وعدم التعاون

معهم، والقابلية للاستثارة والتهيج، والتلاعب بالآخرين واستغلالهم، كما يكونوا غالبًا منتقمين، ولا خلاق لهم.

٥ - الضمير الحى (c) Conscientiousness

وتتعلق هذه السمة بالتنظيم والمثابرة والتحكم والدافعية فى السلوك الموجه نحو الهدف. ويميل من تزيد لديهم هذه السمة إلى أن يكونوا منظمين، ويمكن الاعتماد عليهم، كما يميلون أيضًا إلى المثابرة، والتوجيه الذاتى، والحفاظ على المواعيد، والدقة فى العمل، والطموح. بينما يكون من تقل لديهم هذه السمة أكثر ميلاً إلى الكسل، والتباطؤ، والسعى للذة، كما لا يعنون بشىء.

هذا وتعد إضطرابات الشخصية بمثابة أوجه نقص فى نسق الشخصية يؤثر سلبًا على مواّجهتها لنواح معينة فى البنية النفسية الاجتماعية ويؤدى إلى حدوث خلل وظيفى ملحوظ أو ما يعرف بإختلال الأداء الوظيفى وما يستتبعه من شعور بالضيق والتعاسة. وتمثل إضطرابات الشخصية حالات ارتقائية تظهر فى الطفولة أو المراهقة وتستمر فى مرحلة الرشد. ولا تعد تلك الاضطرابات ثانوية لإضطراب عقلى آخر أو أى مرض مخى، وإن كان يمكنها أن تسبق إضطرابات أخرى أو تتزامن معها. ويتم تصنيف إضطرابات الشخصية وفقًا لمجموعات من السمات تمثل أكثر المظاهر السلوكية لتلك الحالات شيوعًا، ومن ثم تَعتبر كل فئة من فئات التصنيف شكلاً من أشكال انحرافات الشخصية يمثل عادة إختلالاً شديدًا فى التكوين الوصفى للشخصية والميول السلوكية للفرد ويتضمن سلوكيات واتجاهات غير متجانسة إلى حد كبير تغطى جوانب متعددة فى الأداء كالوجدان والتنبه والإدراك والتفكير وأسلوب الارتباط بالآخرين وهو ما يسبب صعوبة التكيف فى المواقف الشخصية والاجتماعية المتعددة، وعادة ما يكون مصحوبًا بخلل فى الأداء المهنى والاجتماعى للفرد.

ويوجد عدد من هذه الفئات الممثلة للإضطرابات يتسم كل منها بمجموعة مميزة من السمات، فيتسم إضطراب الشخصية البارانوية بالحساسية المفرطة نحو الهزائم

والرفض وعدم التسامح فى الإهانات، وحمل الضغائن للآخرين والشك فيهم وفى نواياهم، والغيرة المرضية، والإحساس المفرط بأهمية الذات، وأنه لم ينل حقوقه وما يستحقه. ومن ثم تصبح الشخصية البارانوية paranoid من الشخصيات غير المرغوب فيها فى أى عمل. أما إضطراب الشخصية الشبفصامية أو شبه الفصامية Schizoid فيتسم بالانعزال عن تلك المجالات التى تتضمن التواصل فى أى شكل من الأشكال سواء التواصل العاطفى أو الاجتماعى أو غير ذلك مع عدم القدرة على التعبير للآخرين عن المشاعر مما يجعل من يعانى من هذا الإضطراب غير قادر على تحقيق النجاح فى تلك الأعمال التى تتطلب منه الاحتكاك بالآخرين والتفاعل معهم. كما يتسم أيضًا بالخيال والأنشطة الذاتية والإنطواء مما يسهم فى نجاح من يعانى من هذا الإضطراب فى الأعمال التى تتطلب منه مثل ذلك أى التى تتطلب العمل الفردى. بينما يميل إضطراب نمط الشخصية الفصامى Schizotypal إلى وجود صعوبة فى إقامة علاقات ذات معنى ومغزى مع الآخرين مع قلق اجتماعى بقدر مبالغ فيه، وتسود معتقدات وأفكار غريبة وخرافات وخبرات إدراكية شاذة وأوهام مع عدم الاهتمام بالمظهر والسلوك إضافة إلى الشك فى الآخرين والريبة منهم.

أما إضطراب الشخصية المضاد للمجتمع antisocial فيتسم بعدم الامتثال للقوانين أو الأعراف والتقاليد، وعدم الإلتزام بالاهتمامات الاجتماعية، والعنف، والاستهتار، واللامبالاة، وعدم مراعاة حقوق الآخرين، والعدوان مع تقديم مبررات للسلوك تبدو مقبولة من وجهة نظر صاحبها، وعدم القدرة على تحمل الإحباط، وعدم الإستفادة من الخبرة والتجربة، وعدم جدوى العقاب معها، وعدم الشعور بالندم، وعدم القدرة على المثابرة. كما نلاحظ أيضًا تعدد الزيجات، وعدم القدرة على الاستمرار فى عمل معين، إلى جانب الإدمان، والشذوذ الجنسى، وإرتكاب بعض المخالفات والجنح أو الجرائم، والبحث عن المنفعة الذاتية فقط، وعدم التمسك بمبادئ أخلاقية أو اجتماعية. ويسود لدى بعض الحالات حب السلطة والسادية. فى حين يتسم إضطراب الشخصية الحدية borderline بالإندفاع

والعدوان وعدم استقرار المزاج أو الوجدان، أو العلاقات مع الآخرين وعدم التحكم فى الغضب، وإضطراب الهوية، وتذبذب الوجدان، وعدم تحمل الوحدة مع محاولات لتحطيم الذات كالإقدام على الإنتحار أو جرح الجسم أو تشويهه، إلى جانب بعض الأفكار البارانوية، وعدم توازن العلاقات بين الشخصية وتأرجحها بين الإفراط فى قيمة الذات إلى تحقير الذات والآخرين والحط من شأنهم.

ومن جانب آخر يتسم إضطراب الشخصية الهستيرى histrionic بالأداء المسرحى، والمبالغة فى العاطفة وفى محاولات جذب الانتباه، وسطحية الوجدان، والقابلية للإيحاء وسهولة التأثر بالآخرين، والتقلب فى الإنفعالات، وعدم وضع أى اعتبار للآخرين، والعجز عن إقامة علاقات ثابتة لمدة طويلة، إلى جانب عدم القدرة على المثابرة، كما تتأثر القرارات التى تتخذ بالحالة المزاجية الإنفعالية أكثر من تأثرها بالناحية الموضوعية، والأنانية، والمبالغة فى الكلام والملبس إلى درجة التكلف الواضح، وتأويل الكثير من الظواهر والمواقف العادية بطريقة جنسية، كما تتسم أيضًا بتعدد العلاقات العاطفية. وينجح صاحب هذه الشخصية فى تلك المهن التى تتطلب العلاقة المباشرة مع الجمهور كالتمثيل والصحافة والعلاقات العامة. أما إضطراب الشخصية النرجسى narcissistic فيتسم بشعو مفرط بالعظمة وعلو الشأن وشعور متعاظم بالأهمية، والأنانية واستغلال الآخرين لتحقيق مآرب خاصة، وشعور مفرط بالجدارة والأهلية، وتوقع أن ينساق الآخرين للفرد صاحب هذه الشخصية وطاعته طاعة عمياء ومعاملته بشكل خاص وذلك بوصفه شخص متميز مع أنه يتسم بانخفاض فى مستوى التعاطف معهم، إلى جانب الغطرسة والعجرفة التى تسيطر على سلوكه وهو ما يرتبط بطبيعة الحال بشعوره المتعاظم بالأهمية والعظمة. وإضافة إلى ذلك فهو دائم الحسد للآخرين ويعتقد أنهم يعاملونه بنفس الطريقة حيث دائمًا ما يحسدونه على ما يعتقد أنه فيه.

كذلك فإن إضطراب الشخصية التجنبية أو الاجتنابية avoidant فيتسم بالتوتر والتوجس والوعى الشديد بالذات، وشعور بالدونية وعدم الأمان يدفع به بعيداً

عن الآخرين على الرغم من المحاولات المستمرة لكسب حبهم وتقبلهم. كما يتسم أيضًا بمشاعر عدم الكفاءة والحساسية المفرطة والتقييم السالب للذات، والخنوع، والحساسية المفرطة نحو النقد والرفض. وينشغل الفرد صاحب هذه الشخصية بما يمكن أن يحدث له فى المواقف الاجتماعية من رفض وتوجيه للنقد وتوقع المخاطر بما يجعله يعمل على تجنب مثل هذه المواقف وما تتضمنه من أنشطة ولكن التجنب هنا لا يصل إلى تلك الدرجة التى يحدث بها فى الرهاب. كذلك لا توجد علاقات حميمة لهذا الشخص مع الآخرين، وقد يرجع ذلك إلى خوفه من شعوره بالخجل أو قيامهم بالسخرية منه. أما إضطراب الشخصية الاعتمادية dependent فيتميز بحاجة الفرد المفرطة إلى أن يعتنى الآخرون به مما يؤدى إلى تعلقه بهم وخضوعه لهم وخوفه من الإنفصال عنهم والاعتماد الشامل عليهم والسماح لهم بتولى مسئولية جوانب هامة فى حياته. ويقصد بهذا الإضطراب أنه نمط ثابت من الحاجة المستمرة لتلقى الرعاية مع مظاهر السلوك التعلقى والإلتصاق بالآخرين، والخوف الشديد من الإنفصال عنهم، وصعوبة إتخاذ القرارات اليومية بدون توجيه وتشجيع الآخرين، وإلقاء مسئولية أعماله على الآخرين، والإفتقار إلى الثقة بالنفس، والإنشغال غير الواقعى بالخوف من غياب المساندة. وهناك ثلاثة محاور يقوم عليها هذا الإضطراب هى الحاجة الدائمة للرعاية والمساندة، والإفتقار إلى النضج وعدم تحمل المسئولية، والتعلق الزائد والخوف من الإنفصال.

هذا ويتسم إضطراب الشخصية الوسواسى القهرى Obsessive - Compulsive بعدم الإستقرار على رأى، والشك، والحذر الشديد، والإنشغال بالكمال والدقة والإتقان، والإنشغال المفرط بالتفاصيل الذى لا يتناسب مع أهمية الموقف أو المهمة، مما قد تضيع معه الرؤية العامة للموقف. وإلى جانب ذلك تميل هذه الشخصية إلى الإلتزام الصارم بالقواعد والنظام والتنظيم والتخطيط لكل الأنشطة بالتفاصيل الدقيقة لذلك، ومحاولة إخضاع الآخرين لنظامه من حيث السير وفق نظام وفكر معين، والسير وفق روتين معين فى حياته لا يتغير لأى سبب حيث يسير على وتيرة معينة لا يحيد عنها إطلاقًا. ويهتم صاحب هذه الشخصية إلى

درجة كبيرة بنظافة ملبسه ومسكنه وجسمه وما يستخدمه من أدوات وغير ذلك. كذلك فهو يتسم بالصرامة والصلابة وعدم اللين والتقتير فى الإنفاق سواء على نفسه أو على غيره مع تميزه بالضمير الحى وعدم التساهل فى المسائل الأخلاقية والقيمية. وينجح صاحب هذه الشخصية كثيرًا فى الأعمال التنفيذية والإدارية. ويؤكد أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن هذه الشخصية تتميز بالنظام الشديد، والدقة المتناهية فى الأمور، والمطالبة بالمثل العليا واحترام التقاليد، وعدم القدرة على تغيير رأيها متى وصلت إلى قرار معين مما يعنى الميل إلى الصلابة فى الرأى، وعدم المرونة فى المعاملة، إلى جانب الميل إلى الروتين، ومحاسبة الذات ولومها على أتفه الأسباب.

وجدير بالذكر أن مسألة إضطرابات الشخصية قد احتلت مركزًا بارزًا فى المحاور التشخيصية، ويرجع ذلك إلى عدد من الأسباب يمكن أن نعرض لها على النحو التالى:

١ ـ أن معظم العملاء اليوم الذين يعانون من مثل هذه الإضطرابات يعدون ممن يترددون على العيادات الخارجية بالمستشفيات، ويمثلون الغالبية فى مقابل المرضى الذهانيين. ويعانى هؤلاء العملاء من ضغوط ومحن وشدائد شخصية، وعدم كفاءة اجتماعية، وصراعات مع الآخرين، وتتضح مشكلاتهم فى أعراض مثل القلق والإكتئاب أو الإدمان. ولكنها فى الواقع ترجع إلى نمط ذى تاريخ طويل من السلوك اللاتوافقى والمشاعر والأفكار والعلاقات اللاتوافقية، أى ما يمكن لنا أن نسميه نمط الحياة.

٢ ـ أن تحديد محور خاص على دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية لإضطرابات الشخصية يعد أمرًا ذا دلالة كبيرة حيث يعكس ذلك وضع الشخصية وما يكتنفها من إضطرابات ولأول مرة فى مكان بارز بين فئات التشخيص وهو الأمر الذى يؤكد على جدوى مفهوم الشخصية باعتباره الأساس للإستعدادات الوجدانية والمعرفية والسلوكية مما يتيح الفرصة للمعالج كى يستوعب معنى «مرضاه» بشكل أكثر من مجرد معرفته بالأعراض وإلمامه بها.

٣ ـ أن ذلك يعكس تحولاً واضحًا فى بؤرة الاهتمام للعلاج النفسى من الأعراض السطحية إلى الوظائف الشخصية الكامنة، وهو تحول يعكس تطورًا فى تناول مفهوم الطبع character حيث لم يعد ينظر إليه على أنه تنظيم دفاعى ولكن على أنه تنظيم مركب يعتبر بمثابة الهدف الذى تتوجه إليه التدخلات العلاجية. وعلى ذلك شهد المجال تحولات أخرى انعكست فى اللجوء إلى التقييم الكمى والقياس النفسى. واتجهت الأنظار إلى إيجاد مقاييس يمكن الاعتماد عليها فى تناول مثل هذه الإضطرابات إلى جانب التشخيص حيث أصبح هناك ما يعرف بتشخيص وتقييم تلك الإضطرابات، وهو الأمر الذى إنسحب على كافة الإضطرابات.

هذا وقد وضعت النظرية المعرفية السلوكية نماذج معرفية لهذه الإضطرابات تقوم على أهم ما يسود من أفكار مشوهة واتجاهات لاعقلانية مختلة وظيفيًا تؤثر بدرجة كبيرة على سلوك الفرد، ولذلك تم استخدام واستحداث عدد من الفنيات العلاجية التى يمكن بموجبها التعامل مع هذه الأفكار والاعتقادات. وتحدد طبيعة كل إضطراب ما يمكن أن نستخدمه معه من فنيات وإستراتيجيات أو إجراءات علاجية مختلفة. وهو الأمر الذى سوف نتناوله فى النقطة الخاصة بذلك.

المحكات التشخيصية

يعرض DSM - IV لعشرة أنماط محددة من هذه الإضطرابات إلى جانب تلك المحكات التى تستخدم عند تشخيص هذه الإضطرابات. وإضافة إلى ذلك فإن هذا الدليل يعرض لمحكات تشخيصية عامة لإضطرابات الشخصية نعرض لها على النحو التالى:

أولاً: يمثل إضطراب الشخصية نمطًا للخبرة الداخلية والسلوك يشتق بشكل واضح من تلك التوقعات التى تسود فى الثقافة التى ينتمى إليها الفرد. ويتضح ذلك الإضطراب فى جانبين أو أكثر مما يلى:

١ ـ الجانب المعرفى: ويتمثل فى أساليب إدراك الذات والآخرين وإدراك الفرد للأحداث وتفسيره لها.

٢ ـ الجانب الوجدانى: ويتمثل فى مدى وشدة وملاءمة الإستجابة الإنفعالية.

٣ ـ الأداء الوظيفى بين الشخصى.

٤ ـ السيطرة على البواعث

ثانياً: يتسم هذا النمط الدائم للخبرة الداخلية والسلوك بالمرونة والشمولية خلال مدى كبير من المواقف الشخصية والاجتماعية، ويؤدى إلى الشعور بالكرب أو إختلال الأداء الوظيفى فى جملة من المجالات سواء الاجتماعية أو المهنية أو غيرها. كما يتسم هذا النمط أيضًا بالثبات وبأنه يدوم لفترة طويلة، وعادة ما ترجع بدايته إلى مرحلة المراهقة أو الرشد المبكر. إلا أن مثل هذا النمط لا يعد مسئولاً عن التتابعات الأخرى التى يمكن أن تؤدى إلى المرض العقلى. كما أنه لا يرجع إلى الآثار الفسيولوجية المباشرة لإساءة استخدام المواد أو إلى حالة أو وضع طبى عام كحدوث صدمة فى الرأس مثلاً **head trauma**.

أما عن إضطرابات الشخصية العشرة المحددة التى يعرض لها فيمكن أن نتناولها على النحو التالى:

*** إضطرابات المجموعة (أ) cluster A personality disorders**

أولاً: إضطراب الشخصية البارانوية paranoid personality disorder:

ويعد بمثابة ميل شامل وعام ليس له ما يبرره يبدأ عند بدايات البلوغ، ويتجلى فى سياقات متعددة ومتنوعة. ويفسر الفرد الذى يعانى من هذا الإضطراب تصرفات الآخرين بأنها تهدف عن عمد إلى إهانته والتحقير من شأنه والحط من ذاته وتهديد مكانته كما يتضح فى أربعة أعراض على الأقل من الأعراض التالية على ألا يقتصر حدوث تلك الأعراض على وجود حالات الفصام أو الضلالات، أو المرض العقلى، أو أى إضطراب ذهانى آخر، كما أنها لا ترجع إلى الآثار

الفسيولوجية المباشرة لإساءة استخدام عقار معين أو للحالة الطبية أو الصحية العامة. وهذه الأعراض هى:

١ ـ يتوقع دون أسباب كافية أن يقوم الآخرون باستغلاله أو إلحاق الأذى والضرر به.

٢ ـ يشك دون مبررات فى مدى إخلاص الأصدقاء والمخالطين له أو المحيطين به ومدى الوثوق بهم.

٣ ـ يستخلص معانى من شأنها أن تعمل على التحقير من شأنه أو تهديد مكانته وذلك من ملاحظات وأحداث لا ضرر منها.

٤ ـ يحمل الضغينة فى نفسه ولا يتسامح أو يتساهل مع تلك الإهانات أو التلميحات أو الأخطاء البسيطة التى تصدر عن الآخرين.

٥ ـ ينفر من الوثوق فى الآخرين بسبب خوف لا مبرر له من أنهم سوف يقومون باستخدام ما لديهم من معلومات عنه ضده.

٦ ـ يشعر بالإهانة أو الاستخفاف بشأنه بسهولة مما يجعله يثور ويغضب أو يقوم بالهجوم على الآخرين.

٧ ـ يشك دون مبرر فى مدى إخلاص زوجته له.

ثانياً: إضطراب الشخصية الشبفصامية (شبه الفصامية): Schizoid

وهو نمط شامل وعام من اللامبالاة بالعلاقات الاجتماعية. ويعد هذا النمط ذا مدى محدود من التعبيرات والخبرات الإنفعالية يبدأ مع بدايات البلوغ، ويتجلى فى سياقات متعددة ومتنوعة كما يتضح فى أربعة على الأقل من الأعراض التالية على ألا يقتصر حدوث مثل هذه الأعراض على وجود حالات الفصام أو الضلالات، أو أى إضطراب ذهانى أو نمائى، وألا ترجع إلى الآثار الفسيولوجية المباشرة لإساءة استخدام عقار معين أو للحالة الطبية أو الصحية العامة للفرد. وتتمثل هذه الأعراض فيما يلى:

١ ـ لا يرغب الفرد فى إقامة علاقات وثيقة أو حميمة مع الآخرين بما فى ذلك العلاقات العائلية ولا يستمتع بمثل هذه العلاقات.

٢ ـ يختار فى الغالب الأنشطة الفردية ويفضل القيام بها.

٣ ـ يجد متعة حقيقية (إن حدث ذلك) فى قلة عدد الأنشطة التى يشارك فيها أو يقوم هو بها.

٤ ـ لا تظهر عليه أى رغبة أو لا يبدى أى رغبة فى إقامة علاقات جنسية مع شخص من الجنس الآخر.

٥ ـ لا يبالى بما يوجهه الآخرون له من نقد، كما لا يبالى أيضًا بمدحهم له.

٦ ـ لا يوجد له أصدقاء حميمون أو من يقوم بالإسرار إليهم بمكنونات صدره غير أقاربه من الدرجة الأولى. First - degree relatives

٧ ـ يبدو عليه البرود الإنفعالى والتبلد العاطفى.

ثالثا: إضطراب نمط الشخصية الفصامى: Schizotypal

وهو نمط عام وشامل من النقص فى الإرتباط بعلاقات مع الآخرين، مع تميز كل من التفكير والمظهر والسلوك بخصائص غير مألوفة أو غريبة يبدأ ظهورها مع بدايات البلوغ، وتظهر فى سياقات متعددة ومتنوعة تتضح فى خمسة على الأقل من الأعراض التالية على ألا يقتصر حدوثها على فترات الذهان والضلالات أو أى إضطراب ذهانى أو نمائى آخر. وهذه الأعراض هى:

١ ـ ظهور الأفكار التلميحية لدى الفرد، وهذه الأفكار بطبيعة الحال ليست هى ضلالات التلميح أو الإشارة حيث تستبعد مثل هذه الضلالات نهائيًا.

٢ ـ قلق اجتماعى مبالغ فيه من جانب الفرد كالإنزعاج الشديد فى المواقف الاجتماعية التى تتضمن الغرباء مع وجود خوف بارانوى وأفكار سلبية عن الذات.

٣ ـ تسود لدى الفرد معتقدات شاذة وتفكير (سحرى) يؤثر على سلوكه ولا يتفق

مع المعايير الثقافية السائدة ولا مع المعايير الثقافية الفرعية مثل الاعتقاد فى الخرافات أو التشاؤم والاعتقاد فى إمكانية قراءة أفكار الآخرين، والتخاطر أى نقل الأفكار، والشفافية أو ما يعرف بالحاسة السادسة. أما بالنسبة للأطفال والمراهقين فتسود لديهم خيالات مضطربة وغريبة.

٤ ـ يمر الفرد بخبرات إدراكية غريبة أو غير عادية تتمثل فى أوهام الشعور بوجود قوى أو أشخاص غير موجودين أمامه بالفعل، وهو ما يعرف بالضلالات الجسمية.

٥ ـ يبدو مظهر الفرد وسلوكه شاذًا وغريبًا كالبهدلة وعدم الإهتمام بالمظهر، واللوازم السلوكية الشاذة، والتحدث مع النفس.

٦ ـ لا يوجد أصدقاء حميمون للفرد يمكن له أن يفضى إليهم بمكنونات صدره حيث لا يتعدى أصدقاؤه أقاربه من الدرجة الأولى.

٧ ـ يصدر عن الفرد كلام شاذ أو غريب يفتقر إلى الترابط أو التماسك، كما يعد ذا مفردات قليلة مما يجعل هذا الكلام فقيرًا فى مفرداته، إلى جانب أنه يتسم بالغموض والإبهام أو التجريد غير الملائم. كذلك فإن الفرد يكثر من الدخول فى موضوعات جانبية عديدة.

٨ ـ حدوث قصور وعدم ملاءمة فى الوجدان.

٩ ـ يشك الفرد فى كل شيء وكل من حوله، ويرتاب منهم بدرجة كبيرة، كما تسود لديه الأفكار البارانوية.

* إضطرابات المجموعة (ب) Cluster B personality disorders

رابعاً: إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع antisocial

ويعد بمثابة نمط شائع للخروج على القوانين وعدم الإمتثال لها، وعدم مراعاة حقوق الآخرين من جانب الفرد وذلك منذ أن يبلغ الخامسة عشرة من عمره. ولا يقتصر حدوث هذا السلوك على فترات الفصام أو نوبات الهوس. ويتضح ذلك

فى ثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض التالية على ألا يقل سن الفرد عن ثمانية عشر عامًا.

١ ـ الفشل فى الإنصياع للمعايير الاجتماعية فيما يتعلق بالخضوع للقانون مثل تكرار القيام بأفعال مضادة للمجتمع تؤدى إلى إلقاء القبض على الفرد من جانب الشرطة مثل تدمير ممتلكات الغير وإزعاج الآخرين والقيام بالسرقة، وامتهان مهن غير قانونية.

٢ ـ سهولة الإستثارة والعدوانية كما يتضح من دخول الفرد فى مشاجرات عديدة أو هجومه على الآخرين دون أن يكون ذلك من مقتضيات عمله أو للدفاع عن النفس أو الغير.

٣ ـ تكرار عدم الوفاء بالإلتزامات المالية كما يتضح فى عدم الوفاء بالدين أو الدفع المنتظم لما تتطلبه إعالة من يعولهم. كذلك نجد اللامسئولية كما يتضح من عدم إستمرار الفرد فى أى عمل.

٤ ـ الفشل فى التخطيط المسبق، أو الإندفاعية كما يتضح فى واحد على الأقل من الأمرين التاليين أو فى كليهما، وهما:

أ ـ الإنتقال من مكان إلى آخر دون وجود إتفاق على عمل أو هدف واضح خلال فترة السفر، كما لا توجد لدى الفرد فكرة واضحة عن الوقت الذى يمكن أن تنتهى فيه أو عنده مثل هذه الرحلة.

ب ـ عدم وجود عنوان ثابت للفرد لمدة شهر أو أكثر.

٥ ـ لا وجود للصدق فى إعتبار الفرد كما يتضح فى الكذب المتكرر من جانبه، واستخدامه لأسماء زائفة، أو خديعة الآخرين حتى يتسنى له الحصول على فائدة أو منفعة شخصية.

٦ ـ التهور فيما يتعلق بالسلامة الشخصية أو سلامة الآخرين.

٧ ـ عدم الإحساس بالندم، ويتضح ذلك من شعور الفرد باللامبالاة إذا ما أساء معاملة شخص ما، أو أحدث له ألمًا جسميًا، أو قام بسرقته.

أما عن دلائل إضطرابات السلوك قبل سن الخامسة عشرة فتتمثل فى عدد من الأعراض التى تتضح فيما يلى:

أ ـ العدوان على الآخرين والحيوانات:

١ ـ غالبًا ما يتنمر بالآخرين ويهددهم ويلحق الأذى بهم.

٢ ـ كثيرًا ما يبادر بالشجار مع الآخرين.

٣ ـ يستخدم سلاحًا يمكن أن يسبب للغير ألمًا جسميًا بالغًا. وقد يتمثل هذا السلاح فى سكين، أو مسدس، أو زجاجة مكسورة، أو قالب طوب، أو عصا غليظة.

٤ ـ يميل إلى القسوة الجسمية على الآخرين.

٥ ـ يميل أيضًا إلى القسوة بدنيًا على الحيوانات.

٦ ـ يسرق من ضحاياه فى خفية وقد يكون مسلحًا أثناء قيامه بتلك السرقة. وقد يتمثل السلاح فى واحد أو أكثر مما سبق إيضاحه.

٧ ـ يرغم شخصًا ما على ممارسة الجنس.

ب ـ تدمير الممتلكات:

٨ ـ يتعمد القيام بإشعال الحرائق بنية إحداث تلف خطير.

٩ ـ يتعمد تدمير ممتلكات الآخرين بطريقة أخرى غير إشعال الحرائق.

جـ ـ الخداع أو السرقة:

١٠ ـ إقتحام منزل شخص آخر أو سيارته.

١١ ـ غالبًا ما يلجأ إلى الكذب للحصول على منافع شخصية. كما يلجأ إلى خداع الآخرين وتجنب الإلتزامات.

١٢ ـ يسرق أشياء ذات قيمة دون أن يواجه الضحية كالسرقة من المحلات دون إقتحامها، إلى جانب القيام بالتزييف.

د ـ الخروج على القواعد بشكل خطير:

١٣ ـ غالبًا ما يتأخر ليلاً خارج المنزل على الرغم من محاولات والديه لمنعه عن ذلك على أن يبدأ هذا السلوك من جانب الفرد قبل سن الثالثة عشرة.

١٤ ـ يهرب من المنزل ليلاً مرتين على الأقل وذلك من منزل الوالد أو بديله، أو الهروب مرة واحدة دون عودة وذلك لمدة طويلة.

١٥ ـ يهرب كثيرًا من المدرسة قبل أن يبلغ الثالثة عشرة من عمره.

خامساً: إضطراب الشخصية الحدية: borderline

ويمثل هذا الإضطراب نمطًا شاملاً من عدم استقرار المزاج، والعلاقات مع الآخرين، وصورة الذات، والوجدان، والإندفاعية الواضحة يبدأ مع بدايات الرشد ويتجلى فى سياقات عديدة ومتنوعة، كما يتحدد بوجود خمسة مظاهر على الأقل من المظاهر التالية:

١ ـ جهود محمومة أو مسعورة من جانب الفرد حتى يتمكن من تجنب هجر متخيل أو واقعى (لا يشمل ذلك محاولات الانتحار أو التشويه والتى سنعرض لها فى البند رقم ٥).

٢ ـ نمط أو أسلوب من العلاقات مع الآخرين يتسم بالتوتر وعدم الإتزان والتأرجح بين نقيضين هما المثالية والحط من قيمة الشىء، إلى جانب المبالغة فى تهوين الموقف.

٣ ـ إضطراب مستمر وواضح فى الهوية يتضح فى وجود صورة غير ثابتة للذات أو معنى ثابت للذات.

٤ ـ الإندفاعية فى مجالين على الأقل من المجالات الهادمة للذات كالإنفاق، والجنس، وإساءة استخدام المواد، والسرقة والإختلاس، والقيادة المتهورة للسيارة، والإفراط فى الأكل. ولا يشمل ذلك السلوك الإنتحارى أو جرح الجسم أو محاولة تشويهه.

٥ ـ تكرار سلوك التهديد بالقيام بالإنتحار أو التلويح به أو حتى الإقدام عليه أو القيام بجرح أو تشويه الجسم.

٦ ـ عدم الإتزان الإنفعالى ويتمثل ذلك فى الإنتقال الواضح من المزاج المعتاد إلى الإكتئاب، وسهولة الإستثارة أو القلق الذى يستمر عادة لعدة ساعات ونادرًا ما يستمر هذا القلق لعدة أيام.

٧ ـ إحساس مزمن من جانب الفرد بالخواء أو الملل.

٨ ـ غضب شديد وغير ملائم أو نقص فى قدرة الفرد على التحكم فى الغضب كما يتضح فى ثورات الغضب المتكررة، والغضب الدائم، والشجار المتكرر باليد.

٩ ـ أعراض عابرة لأفكار بارانوية أو أعراض تفككية (هستيرية) عابرة أيضًا.

سادساً: إضطراب الشخصية الهستيرية: Histrionic

وهو عبارة عن نمط شامل من المبالغة فى العاطفة، ومحاولة جذب الإنتباه يبدأ مع بدايات الرشد ويظهر فى سياقات متعددة ومتنوعة، ويتضح فى خمسة على الأقل من المظاهر التالية:

١ ـ لا يبدى الفرد إرتياحًا لتلك المناسبات التى لا يكون فيها هو مركز الإهتمام من أولئك الذين يحضرون هذه المناسبة أو تلك.

٢ ـ تتسم تفاعلات الفرد مع الآخرين بالإغراء أو الإغواء الجنسى أو ما يمكن أن نطلق عليه الإستفزاز الجنسى.

٣ ـ يبدى الفرد إنفعالات سريعة التقلب وتتسم بالسطحية.

٤ ـ يعمل على المبالغة الواضحة بشكل مستمر فى مظهره الجسمى وذلك حتى يتمكن من لفت أنظار الآخرين إليه.

٥ ـ يتسم أسلوبه فى الحديث بالمبالغة ـ وذلك من خلال هذا الأسلوب ـ فيما

يأخذه من إنطباعات عن الآخرين، كما أن هذا الأسلوب تنقصه التفاصيل وهو الأمر الذى لا يتناوله فى حديثه.

٦ ـ يعبر عن عواطفه وإنفعالاته بشكل مبالغ فيها وغير ملائم وغالبًا ما يلجأ إلى الدراما الذاتية فيحتضن معارفه العابرين مثلاً بحماسة شديدة، أو التأوه والأنين بلا رابط فى المناسبات العاطفية البسيطة.

٧ ـ يتأثر كثيرًا بالإيحاء ومن السهل أن يؤثر الآخرون أو المواقف عليه.

٨ ـ يعتبر تلك العلاقات التى يقيمها مع الآخرين حميمة وذلك بدرجة تفوق ما هى عليه فى الواقع.

سابعًا: إضطراب الشخصية النرجسية: Narcissistic

يعد هذا الإضطراب بمثابة نمط شامل من الشعور بالعظمة وعلو الشأن سواء فى الخيال أو فى السلوك مع نقص التعاطف مع الآخرين وفرط الحساسية لتقييمهم له. ويبدأ هذا الإضطراب فى الظهور مع بدايات الرشد، ويظهر فى سياقات متعددة ومتنوعة كما يبدو فى خمسة على الأقل من المظاهر الآتية:

١ ـ يبدو لدى الفرد إحساس متعاظم بالأهمية فيبالغ فى وصف مواهبه وإنجازاته، ويتوقع من الآخرين أن يعاملونه على أنه شخص متميز وذلك دون أن يكون لديه مايميزه بالفعل.

٢ ـ دائمًا ما يكون منشغل البال بخيالات النجاح الذى لا حدود له، وبالقوة والنفوذ والشهرة والجمال أو الحب المثالى.

٣ ـ يعتقد أنه شخص من نوع خاص وفريد، ولا يمكن أن يفهمه إلا أناس ذو طبيعة خاصة ومن طبقة راقية.

٤ ـ يتطلب من الآخرين الإعجاب المفرط به.

٥ ـ يسيطر عليه إحساس بالجدارة والاستحقاق، ويتوقع من الآخرين أن يعاملونه

بشكل خاص حتى وإن لم يكن منطقيًا فيما يفعله أو يتوقعه، كذلك فهو يتوقع منهم أن يطيعونه طاعة عمياء وأن يلبون له تلك التوقعات.

٦ - يكون الفرد إستغلاليًا فى علاقته بالآخرين حيث يعمل على أن يستغل الآخرين لتحقيق مآرب شخصية.

٧ - نقص أو إنخفاض فى مستوى التعاطف من جانب الفرد يتجلى فى عدم رغبته فى أن يحدد مشاعر الآخرين أو حاجاتهم والتعرف عليها.

٨ - تسيطر عليه مشاعر الحسد للآخرين أو يعتقد بما لا يدع مجالاً للشك أن الآخرين يحسدونه.

٩ - يبدى سلوكيات أو اتجاهات تدل على الغطرسة أو العجرفة.

* إضطرابات المجموعة (جـ) Cluster C personality disorders

ثامناً: اضطراب الشخصية التجنبية أو الاجتنابية: avoidant

يعد هذا الإضطراب بمثابة نمط من عدم الإرتياح أو الإنزعاج الاجتماعى وسيادة مشاعر عدم الكفاءة والحساسية المفرطة للتقييم السلبى مع سلوك يدل على الخنوع. كما يبدأ هذا النمط فى الظهور عادة مع بدايات الرشد، ويظهر فى سياقات متنوعة وكثيرة ومتعددة، ويتضح فى أربعة مظاهر على الأقل من تلك المظاهر التالية:

١ - يتجب الفرد الأنشطة المهنية التى تتضمن اتصالات بالآخرين لها أهميتها وذلك بسبب الخوف من النقد أو عدم الموافقة أو الرفض.

٢ - لا يرغب فى الاندماج مع الآخرين إلا إذا تأكد من أنهم سيحبونه.

٣ - يرفض إقامة علاقات حميمة مع الآخرين بسبب خوفه من الشعور بالخجل أو قيامهم بالسخرية منه.

٤ - ينشغل بما يمكن أن يحدث له فى المواقف الاجتماعية من توجيه الآخرين النقد إليه أو إعلانهم الرفض له.

٥ - يبعد نفسه عن المواقف الاجتماعية الجديدة بسبب شعوره بعدم الكفاءة.

٦ ـ ينظر إلى نفسه على أنه غيربارع اجتماعيًا، ولايتمتع بالجاذبية، وأنه يعد أدنى من الآخرين.

٧ ـ عادة ما يرفض القيام بمخاطرات شخصية أو الإشتراك فى أنشطة جديدة حتى لا يشعر بالخجل والإحراج.

تاسعاً: إضطراب الشخصية الاعتمادية: dependent

ويعتبر هذا الإضطراب نمطًا شاملاً من السلوك يتسم بالحاجة المفرطة من جانب الفرد ذاته لأن يعتنى الآخرون به، وهو ما يؤدى إلى سلوك التعلق أو الخضوع والخوف من الإنفصال. ويبدأ هذا الإضطراب مع بدايات الرشد، ويتبدى فى خمسة على الأقل من المظاهر التالية:

١ ـ يجد الفرد صعوبة فى اتخاذ القرارات المطلوبة فى الحياة اليومية دون أن ينال كمًا كبيرًا من النصح والتأكيد من الآخرين على هذا أو ذاك.

٢ ـ يسمح للآخرين أن يتحملوا مسئولية الجانب الأكبر من المجالات الهامة فى حياته كالمسكن والوظيفة التى يشغلها.

٣ ـ يجد صعوبة فى التعبير عن إختلافه مع الآخرين بسبب الخوف من فقد تأييدهم أو عدم الحصول على موافقتهم على ألا يتضمن ذلك بأى حال من الأحوال مخاوف حقيقية من عقابهم له.

٤ ـ يجد الفرد صعوبة فى أن يبادر بفعل شىء ما، أو القيام به على مسئوليته الشخصية وذلك بسبب نقص ثقته فى نفسه فيما يتعلق بالحكم على الأشياء، إلى جانب تدنى قدراته وليس بسبب أى أمور تتعلق بالدافعية أو الطاقة.

٥ ـ يذهب لمسافات بعيدة للحصول على الغذاء أو تأييد الآخرين وذلك إلى الدرجة التى تجعله يتطوع للقيام بأشياء غير سارة أو مهينة فى سبيل ذلك.

٦ ـ يشعر بالإنزعاج أو العجز عندما يكون وحيدًا وذلك بسبب مخاوفه المفرطه من عدم قدرته على العناية بنفسه والاهتمام بها.

٧ ـ يبحث بسرعة عن علاقة جديدة كمصدر للرعاية والتأييد والمساندة وذلك على أثر إنتهاء علاقة حميمة كانت قائمة من قبل.

٨ ـ كثيرًا ما ينشغل بالخوف غير الواقعى من الهجر أو تركه يقوم بالإعتناء بنفسه وبأموره.

عاشرًا: إضطراب الشخصية الوسواسى القهرى: obsessive - compulsive

ويعتبر نمطًا شاملاً من الإنشغال بالكمال والإتقان والسيطرة على النواحى العقلية والشخصية وذلك على حساب المرونة والتفتح والكفاءة. وعادة ما يظهر هذا الإضطراب مع بدايات الرشد، ويتبدى فى سياقات عدة على أن تتوفر فى الشخص الذى نعتبره يعانى منه أربعة على الأقل من المظاهر التالية:

١ ـ الإنشغال بالتفاصيل والقواعد والقوائم والنظام والتنظيم والترتيب أو الجداول إلى الحد الذى تضيع معه النقاط والأمور الأساسية فى العمل أو النشاط الذى يقوم به أو يشارك فيه.

٢ ـ البحث عن الكمال والإتقان الذى يعوق إنجاز الأعمال كعدم القدرة على إتمام مشروع ما لأنه لا يتفق مع معاييره الخاصة الصارمة.

٣ ـ الإخلاص المبالغ فيه فى العمل والإنتاجية وذلك إلى حد إستبعاد أنشطة الترويح والصداقات غير تلك التى تتطلبها الضرورات الاقتصادية.

٤ ـ الضمير الحى المبالغ فيه، والحرص الدقيق، وعدم المرونة فى مسائل الأخلاق والقيم أو تلك المسائل التى لا تستند إلى الدين أو الثقافة.

٥ ـ عدم القدرة على التخلص من الأشياء البالية أو عديمة القيمة حتى ولو لم يكن لها قيمة انفعالية.

٦ ـ الإصرار على عدم مناقشة المهام المختلفة مع الآخرين، وعدم العمل مع هؤلاء الآخرين ما لم يخضعوا تمامًا لأسلوبه فى العمل والأداء.

٧ ـ يتبع أسلوبًا ضنينًا فى الإنفاق على نفسه وغيره، وينظر إلى النقود على أنها شىء ضرورى لمواجهة محن المستقبل.

٨ ـ يتسم بالصرامة والصلابة وعدم اللين. .

وإلى جانب هذه الأنماط العشرة السابقة هناك نمط آخر هو إضطراب الشخصية غير المحدد personality disorder not otherwise specified وهو النمط الذى لا تنطبق عليه المحكات الكاملة التى تم عرضها مع أى من الإضطرابات السابقة. ومن أمثلة ذلك وجود مظاهر لأكثر من إضطراب واحد محدد، ولكنها لا تنطبق على المحكات الخاصة بأحد هذه الإضطرابات، وهو ما يعرف بالشخصية المختلطة mixed personality والذى يسبب الكرب والخلل فى جانب أو أكثر من جوانب الأداء الوظيفى كالجانب الاجتماعى أو المهنى. كذلك فإن الأخصائى يقوم بتحديد هذا الإضطراب عندما لا تنطبق عليه المحكات الخاصة بأحد الإضطرابات السابقة، ومن أمثلته إضطراب الشخصية الإكتئابية وإضطراب الشخصية العدوانية والذين يمكن أن نعرض لهما على النحو التالى علمًا بأن ذلك لم يرد فى DSM - IV.

أ ـ إضطراب الشخصية الإكتئابية: depressive

ويعد بمثابة نمط شامل من السلوك الهازم للذات يظهر مع بدايات الرشد، ويتجلى فى سياقات عديدة ومتنوعة، ويدفع بالشخص إلى تجنب أو هدم الخبرات السارة، وينزلق إلى تلك المواقف أو العلاقات التى يعانى فيها ويحول بين الآخرين وبين مساعدته كما يتضح فى خمسة على الأقل من المظاهر التالية علمًا بأنها أى المظاهر لا تحدث فى مناسبات خاصة، ولا تكون قاصرة على الإساءة الجسدية أو الجنسية أو النفسية، كما لا تحدث فى حالة الإكتئاب. وتتمثل هذه المظاهر فيما يلى:

١ ـ يختار الأفراد والمواقف الذين يؤدون به إلى خيبة الأمل أو الفشل أو سوء المعاملة حتى وإن أتيحت خيارات أفضل.

٢ ـ يرفض محاولات الآخرين لمد يد العون له ويفسد تلك المحاولات.

٣ ـ يستجيب للأحداث الشخصية الإيجابية بالإكتئاب والشعور بالذنب أو بسلوك يحدث ألمًا.

٤ ـ يستثير استجابات غاضبة أو رافضة من جانب الآخرين ثم يشعر بالإهانة والهزيمة أو المهانة (كأن يسخر من زوجته مثلاً فى مكان عام مما يثير ردًا غاضبًا من جانبها يشعر هو على أثره بالمهانة).

٥ ـ يرفض الفرص التى تلوح له للإستمتاع بالأشياء أو ينفر من الإعتراف بأنه سعيد رغم وجود مهارات اجتماعية لديه وقدرة على الاستمتاع.

٦ ـ يفشل فى إنجاز المهام الحاسمة التى ترتبط بتحقيق أهدافه الشخصية على الرغم من أنه يكون قادرًا على القيام بها.

٧ ـ لا يهمه أولئك الذين يعاملونه دائمًا بلطف بل إنه غالبًا ما يرفضهم.

٨ ـ يقحم نفسه فى تضحيات مبالغ فيها لا يريدها أو يتقبلها أولئك الذين يتلقون تلك التضحيات.

ب ـ إضطراب الشخصية العدوانية ـ السلبية :passive - aggressive

ويعتبر نمطًا شاملاً من المقاومة السلبية لمقتضيات الأداء الاجتماعى والمهنى الملائم يظهر مع بدايات الرشد ويتبدى فى سياقات متنوعة ومتعددة كما يتضح فى خمسة على الأقل من المظاهر التالية.

١ ـ المماطلة والتسويف حيث يؤجل الأشياء التى ينبغى القيام بها حتى تنقضى المواعيد التى يجب تسليمها أو إنجازها فيها.

٢ ـ يصبح عبوسًا متجهمًا سهل الإستثارة أو مجادلاً إذا ما طلبنا منه أن يقوم بشىء لا يريد القيام به.

٣ ـ عندما يبدأ فى القيام بمهام معينة لا يريد فى الواقع أن يقوم بها فإنه يتعمد أن يؤديها ببطء أو يفسد الأمر.

٤ ـ غالبًا ما يبدى إحتجاجات لا مبرر لها مدعيًا أن الآخرين يطالبونه بما لا يطيق أو يحتمل.

٥ ـ يتجنب الإلتزامات المختلفة متعللاً أنه قد نسى ذلك.

٦ ـ يعتقد أنه يقوم بعمله بدرجة عالية من الكفاءة تفوق ما يظنه الآخرون.

٧ ـ يرفض ما يقدمه له الآخرون من اقتراحات مفيدة يمكن أن تسهم حقيقة فى زيادة كفاءته أو إنتاجيته.

٨ ـ يعمل على عرقلة ما يبذله الآخرون من جهود فى أمور مختلفة عن طريق التملص من أداء الدور المطلوب منه.

٩ ـ يتعمد القيام بتوجيه النقد للآخرين الذين يشغلون مراكز السلطة بلا منطق، كما يبدى لهم الإزدراء دون مبرر.

العلاج المعرفى السلوكى لإضطرابات الشخصية

عندما نقل بيك وزملاؤه (١٩٩٠) Beck اهتماماتهم إلى إضطرابات الشخصية، ونشر كتابًا حول هذا الموضوع رأى أنه عند التعامل مع إضطرابات الشخصية يصبح العلاج ذا مدى أطول، أى علاج على المدى الطويل، ويركز بدرجة أكبر على العلاقات العلاجية، كما يولى مزيداً من الاهتمام لخبرات التعلم الأولى أى المبكرة وذلك بغرض فهم جذور أو أصول الأبنية المعرفية schemas والتى تعتبر بمثابة الوحدة الجوهرية أو الأساسية فى الشخصية أى أن مثل هذه الأبنية المعرفية ذات معنى ومغزى كبيرين بالنسبة للشخصية يجعلانها هى الوحدة الجوهرية لها.

ويعد إضطراب الشخصية واحداً من أهم الصور التى قدمها بيك عن البناء المعرفى Schema والذى يعتبر بمثابة منظم للخبرة أو السلوك، وبالتالى يحكم تجهيز المعلومات وتشغيلها. ويرى أيضاً أن هناك عدداً من الأبنية المعرفية الشخصية Personal والأسرية، والثقافية، والدينية، والمهنية، وتلك المرتبطة بالجنس يمكن أن نقوم باستنتاجها من خلال السلوك أو تقييمها من خلال مقابلة. وعندما تحدث إختلالات وظيفية فى السلوك يؤدى ذلك إلى حدوث مشاكل عديدة بحسب البناء المعرفى الذى نشأت عنه مثل هذه الإختلالات، ومن ثم يحدث إضطراب الشخصية. ويرى بيك (١٩٩٠) Beck أن الأبنية المعرفية اللاتواؤمية

لإضطرابات الشخصية يتم إثارتها خلال العديد من المواقف، ويكون لها صفة الإندفاعية، ويصبح من غير اليسير السيطرة عليها أو التحكم فيها أو تعديلها كما هو الحال عند الأسوياء. كما أن الأنماط السلوكية والإتجاهات المختلة وظيفياً تخضع للتعميم الزائد، ولاتتسم بالمرونة، وتقاوم التغيير.

ومن ناحية أخرى فإن أنماط الإتجاهات والإعتقادات التى تظهر فى حالة إضطرابات الشخصية تعتبر بمثابة أشكال مبالغ فيها من المعتقدات أو الإعتقادات لدى الأفراد الذين لايعانون من مثل هذه الإضطرابات. وكما هو الحال بالنسبة للأسوياء فإنه توجد لدى من يعانون من مثل تلك الإضطرابات علاقات بين الإعتقادات والإنفعالات وأنماط السلوك. ويتسم كل إضطراب من إضطرابات الشخصية بمجموعة من الإعتقادات والإتجاهات والمشاعر وأنماط السلوك وتشكل بذلك بروفيلاً معرفياً معيناً لذلك الإضطراب. فعلى سبيل المثال نجد أن الإعتقاد الأساسى بالنسبة للشخصية الإعتمادية هو «أنا عاجز» أو «لاحول لى ولا قوة»، وبالتالى يكون النمط السلوكى المقابل باتجاه التعلق. كما أن الإعتقادات التى تتعلق بلب إضطرابات الشخصية تظهر كنتيجة للتفاعل بين الإستعداد الوراثى للفرد وتعرضه للمؤثرات غير المرغوب فيها من الآخرين، ومع أحداث صدمية معينة.

هذا ويقدم بيك Beck وجهة نظر تطورية يفسر من خلالها ظهور إضطرابات الشخصية وتطورها. ويفترض النموذج المعرفى فى هذا الإطار أن النماذج الأصلية أو الأولية لأنماط شخصياتنا يمكن أن تمثل إستراتيجيات تؤثر فى بقاء ذلك الإضطراب وإستمراره وتحقيق النجاح خلال مضمار النمو الإنسانى. ومن هذا المنطلق تمثل الإضطرابات الراهنة فى الشخصية تعبيرات مبالغ فيها تتعلق بتلك الإستراتيجيات البدائية أو الأولية.

وتهدف التغيرات الإكلينيكية فى تناول إضطرابات الشخصية إلى التغلب على تلك العقبات التى تعترض إقامة علاقة علاجية تعاونية، وقد حدد بيك وآخرون Beck et. al (١٩٩٠) عدداً من العقبات يمكن لها أن تعوق هذا التعاون الإمبيريقى تتضمن بعض مشكلات مثل إفتقار المريض إلى مهارة أن يكون متعاوناً، وصرامة

المريض وعدم مرونته. وتتضمن التغيرات فى العلاج إعطاء مزيد من الإهتمام لإثارة الأبنية المعرفية خلال جلسة العلاج، والتعرف على ذكريات الطفولة والتى تساعد فى تصور أصول أو جذور الأداء الوظيفى الراهن للأبنية المعرفية. ونظراً لأن إعتقادات المريض تظل صارمة وغير مرنة فإن الفنيات المعرفية السلوكية المعيارية التى تعتمد على المناقشات المنطقية والتجارب السلوكية قد لا تكون كافية لإحداث التغيير اللازم. ومن ثم فهناك تكنيكات علاجية يمكن إستخدامها والإستفادة منها فى هذا الصدد مثل لعب الدور، والتخيل، وإستعادة خبرة أحداث الطفولة بغرض إثارة تلك الأبنية المعرفية والإستجابة لها بأساليب تواؤمية.

وفى هذا الإطار قام جيفرى يونج (١٩٩٠) J. Young ـ والذى تدرب على يدى بيك Beck ـ بتطوير إتجاه سلوكى جديد فى التعامل مع إضطرابات الشخصية أسماه العلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول الأبنية المعرفية Schema - Focused Cognitive behavior therapy يركز خلاله على محتوى الأبنية المعرفية اللاتواؤمية المبكرة early maladaptive schemas (EMS) والعمليات الدفاعية المتضمنة فيها والتى تعتبر بمثابة أفكار عامة حول الذات وحول علاقات الفرد بالآخرين. وعادة ما تتكون مثل هذه الأبنية مبكراً فى حياة الفرد، وتتسم بأنها غير إشتراطية، وأنها تقاوم التغيير. كما أنها ترتبط بالإنفعالات، وتؤدى إلى صدور أنماط سلوكية من جانب الفرد تعبر عن إنهزام الذات إلى جانب أنه ينتج عنها أنماط تفكير لاتواؤمية تعزز هذه الأبنية المعرفية. وتتطور مثل هذه الأبنية المعرفية من الطفولة إلى المراهقة فالرشد. ويوجد عدد من الأبنية المعرفية اللاتواؤمية المبكرة تميز كل إضطراب من إضطرابات الشخصية.

ومن هذا المنطلق هناك عدد من الأبنية المعرفية اللاتواؤمية المبكرة تميز إضطراب الحد الفاصل فى الشخصية (الشخصية الحدية) هى الشعور بالهجر أو الحرمان، وشعور الفرد بعدم حب الآخرين له، والإعتمادية، والخنوع، وفقد الثقة بالآخرين، والإفتقار إلى التنظيم الذاتى، والخوف من فقد التحكم الإنفعالى أى

فقد السيطرة على الإنفعالات، والشعور بالذنب وإستحقاق العقاب، والشعور بالحرمان الإنفعالى.

ويقترح كل من يونج ولاينمان (١٩٩٢) Young & Linemann وجود العديد من الأبنية المعرفية اللاتواؤمية المبكرة تتجمع فى ستة مجالات هى:

١ ـ التقلب والإنفصال instability and disconnection.

٢ ـ الإختلال الوظيفى للتنظيم الذاتى.

٣ ـ اللامرغوبية.

٤ ـ قصور التعبير عن الذات.

٥ ـ التضخيم.

٦ ـ الإختلال الوظيفى للحدود.

وهناك نقطة إختلاف رئيسية من الناحية النظرية بين نموذج بيك ونموذج يونج تتمثل فى أن يونج يحدد الأبنية المعرفية وفقاً لمحتوياتها فى حين يرى بيك أنها عبارة عن أبنية وأن محتوياتها تعد ذات خصوصية من الناحية البنيوية والمزاجية. كما يؤكد يونج أيضاً على المحاولات اللاشعورية والإختيارية أى الإرادية التى يتم القيام بها بغرض الإبقاء على تماسك الأبنية المعرفية اللاتواؤمية، ويحدد لذلك ثلاثة عمليات دفاعية هى الإبقاء والتجنب والتعويض وذلك على النحو التالى:

١ ـ الإبقاء على البنية المعرفية. Schema maintenance

٢ ـ تجنب البنية المعرفية. Schema avoidance

٣ ـ تعويض البنية المعرفية. Schema Compensation

هذا ويتم الإبقاء على البنية المعرفية عن طريق التشويهات المعرفية وأنماط السلوك التى تجلعها تبدو معقولة ومقبولة من وجهة نظر المريض، كما تبدو له وكأنها مألوفة. أما تجنب البنية المعرفية سواء معرفياً أو إنفعالياً أو سلوكياً فيتم بإبعاد الفرد عن أن يخبر الألم الذى يحدث عندما تثار تلك البنية المعرفية بمعنى أن الفرد يمكن

أن يتجنب تلك المواقف التى يحتمل أن تثار فيها تلك البنية المعرفية، ولايفكر فيما يعكر صفوه، أو يبعد نفسه عن أن يخبر الإنفعال. ويحدث تعويض البنية المعرفية عندما يسلك الفرد على النقيض من تلك البنية المعرفية، ولكن ذلك لايدوم طويلاً نظراً لأن الفرد يكون غير مهيأ للتعامل مع النتائج. فعلى سبيل المثال نجد أن الفرد إذا شعر بالإستعباد وتصرف بشكل عدوانى دون أى إستعداد فإنه من غير المحتمل أن يصدر إستجابة إيجابية بل سيشعر بمزيد من الخنوع والإستعباد. وبذلك فقد تعطى هذه الإستراتيچية عكس النتائج المرجوة، ويتم بذلك تعزيز البنية المعرفية.

وعلى هذا الأساس نجد أن العلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول البنية المعرفية - مثله فى ذلك مثل نموذج بيك - يستخدم تكنيكات إنفعالية، وبين شخصية، ومعرفية، وسلوكية بغرض تحديد البنية المعرفية وتغييرها. ويلاحظ على النقيض من نموذج بيك أن التكنيكات الإنفعالية وبين الشخصية تسبق التكنيكات المعرفية والسلوكية حتى تكون الأبنية المعرفية أكثر إنسياباً وسهلة التناول. ومن ناحية أخرى فقد قدم بيك وزملاؤه (١٩٩٠) دليلاً علاجياً يضم العديد من الإعتقادات التى تتجاوز المائة وتغطى كل أنواع إضطرابات الشخصية.

هذا وقد توسع إليس Ellis أيضاً بأسلوبه العلاجى ليشمل إضطرابات الشخصية وخصوصاً إضطراب الشخصية الحدية borderline personality disorder وإن كان قد أقر بوجود العديد من الصعوبات فى التعامل مع إضطرابات الشخصية حيث قد يضم الإضطراب فى هذه الحالة العديد من المشكلات المعرفية، والإنفعالية كتوتر الأعصاب والتكلف والأعراض الهستيرية، إلى جانب المشكلات السلوكية كالنشاط الزائد والإندفاعية، والمشكلات العضوية وذلك لأسباب عديدة تتضمن الإستعدادات الوراثية إضافة إلى أن مثل هؤلاء الأفراد قد يحطون من قدر أنفسهم. ومن هذا المنطلق يمكن إستخدام تكنيك التدريب على المهارة وذلك للتخفيف من حدة إضطراباتهم وتحسن قدراتهم المعرفية وتحقيق تحسن ينتج عن تلك العملية العلاجية.

ويبدو على هذه الشخصية (الحدية) أعراض عصابية وأخرى ذهانية مما قد يجعل

الأمر صعباً على الأخصائى كى يقوم بتحديد الإضطراب بسهولة. ويحدد بيك وآخرون (١٩٩٠) Beck et. al ستة خصائص يتسم بها هذا الإضطراب نعرض لها على النحو التالى:

١ ـ تقلب العلاقات وعدم إستقرارها.

٢ ـ عدم وجود مفهوم واضح للهوية.

٣ ـ نوبات غضب يصعب السيطرة عليها.

٤ ـ سلوك إندفاعى.

٥ ـ مشاعر مستمرة بالفراغ والملل والوحدة.

٦ ـ أنماط سلوكية متمردة وفاضحة.

ومن ثم تلعب العلاقة العلاجية التعاونية بين المعالج والمريض دوراً هاماً فى هذا الصدد، إلى جانب ضبط النفس، والتنظيم الذاتى للسلوك. كما يلعب التدريب على الإسترخاء، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتدريب على حل المشكلات كاستراتيچيات للمواجهة دوراً هاماً وأساسياً. كذلك تعد النمذجة والواجبات المنزلية من الفنيات ذات الأهمية فى هذا الإطار إلى جانب إعادة البناء المعرفى.

وفى تناوله لإضطراب الشخصية القهرى الوسواسى عدّل إليس Ellis من نموذجه السابق الذى قدمه فى الستينيات والذى رأى فيه أن سبب هذا الإضطراب يرجع إلى حاجة الفرد الوصول إلى اليقين كأن يريد أن يتيقن ويثق بشكل مطلق أن يديه على سبيل المثال قد أصبحتا نظيفتين بعد إتساخهما حيث رأى فى عام ١٩٩٤ فى تناوله لنفس هذا الإضطراب أن سببه يعد أكثر تعقيداً مما كان يعتقد من قبل إذ قرر أن أولئك الأفراد الذين يعانون من هذا الإضطراب مثلهم كغيرهم ممن يعانون من الإضطرابات الأخرى للشخصية عادة ما توجد لديهم أوجه نقص بيولوچية (معرفية ـ وإنفعالية ـ وسلوكية) تؤثر على أدائهم الوظيفى وتتضمن ميلهم الشديد للتركيز الزائد على مشكلة معينة، وللأداء الإندفاعى الشديد لبعض

الطقوس الحركية والعادات الأخرى كغسيل اليدين والتأكد المتكرر من إحكام قفل الأبواب على سبيل المثال.

ويقوم مثل هؤلاء الأفراد بتطوير نوع من القبول للإحباط الذى يتعرضون له مع العمل على مواجهته فى كثير من الأحيان. وقد يرجع ذلك القبول إلى أنهم يتهمون أنفسهم بأنهم فى المقام الأول هم سبب المشكلات التى يتعرضون لها مما قد يدفع بهم إلى إزدراء الذات، وإلى الحط من قدر ذواتهم. وبالإضافة إلى ذلك نجدهم يطورون مشكلات إنفعالية ثانوية تتعلق باضطرابهم كالقلق والإكتئاب على سبيل المثال. ومن ثم نجد أن مثل هذه المشكلات العديدة التى تتعلق باضطرابات الشخصية وما تفرضه على المعالج من أن يحدث تغييراً فى حياة هؤلاء الأفراد كى يتعامل بنجاح مع هذا الإضطراب أو ذاك هو الذى دفع إليس Ellis إلى الإعتراف بصعوبة التعامل مع هذه الإضطرابات، وهو الذى دفعه أيضاً إلى أن يطلق على أولئك الأفراد الذين يعانون منها على أنهم عملاء غاية فى الصعوبة.

ومع تعدد الفنيات العلاجية التى يضمها العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى تناوله لمثل هذه الإضطرابات فإنه غالباً ما يتم جنباً إلى جنب مع العلاج بالعقاقير مما يساعد أولئك الذين يعانون منها على تقليل أنماطهم السلوكية الدالة على أى من هذه الإضطرابات والوصول بها إلى الحد الأدنى، إلا أنه نادراً ما يتم عن طريق ذلك التخلص منها نهائياً. هذا الدمج لأكثر من أسلوب علاجى واحد كأن نستخدم مثلاً كما أوضحنا من قبل العلاج بالعقاقير، أو العلاج بين الشخصى إلى جانب العلاج المعرفى السلوكى مثلاً، وإستخدام خليط من الفنيات العلاجية التى تستخدم مع أساليب علاجية مختلفة كالفنيات المعرفية، والسلوكية، والإنفعالية على سبيل المثال هو مايعكس إتجاهاً تكاملياً فى العلاج إزدهر خلال عقد التسعينيات. وهذا أفضل بطبيعة الحال حيث قد يكون أحياناً من غير الممكن أن نصل إلى علاج لإضطراب ما بإتباع إتجاه واحد أو أسلوب علاجى واحد أو حتى فنية واحدة.

ومن الفنيات العلاجية التى يشيع إستخدامها مع إضطرابات الشخصية تأتى فنيات المحاضرة والمناقشة اللذان يشكلان إستراتيجية التعليم النفسى التى نستهل بها

البرنامج العلاجى الذى يستمر إلى نحو خمس عشرة جلسة علاجية فى المتوسط مدة كل جلسة ساعة واحدة فقط. وتعمل هذه الإستراتيچية على تقديم المعلومات المطلوبة عن الإضطراب الذى نتعامل معه من حيث طبيعته وأسبابه وأعراضه وكيفية المواجهة والعلاج. وتشغل مثل هذه الإستراتيچية الجلسات الأولى من البرنامج العلاجى بطبيعة الحال. ويأتى بعد ذلك خلال الجلسات الوسطى من البرنامج إستراتيچية مراقبة الذات وكتابة المذكرات اليومية بغرض تحديد الأفكار المشوهة والإعتقادات المختلة وظيفياً والتى يجب أن نعمل على تصحيحها وتعديلها من خلال إعادة البناء المعرفى سواء تم ذلك فى إطار أسلوب بيك أو أسلوب إليس والمسمى ABCDE. كما يمكن أيضاً إستخدام فنيات النمذجة، ولعب الدور، وضبط النفس. أما المشكلات والتوترات المصاحبة فيمكن أن نستخدم لها فنيات التعريض ومنع الإستجابة، ووقف الأفكار، وتشتت التفكير، وفقد الحساسية المنظم، إلى جانب التدريب على الإسترخاء. هذا ويمكن إستخدام فنيات التدريب على الإسترخاء، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتدريب على حل المشكلات كاستراتيچيات للمواجهة تسهم فى مساعدة العميل على التصدى لما يواجهه من عقبات ومشكلات قد تحول دون إتمام العلاج أو تؤدى إلى حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى، ومن ثم يطلق عليها إستراتيچيات منع حدوث الإنتكاسة. وهذا يتطلب تدريب العميل عليها خلال الجلسات الأخيرة مرة ثانية حتى نعزز من أثرها وفاعليتها. وإلى جانب هذه الفنيات يتم اللجوء إلى الواجبات المنزلية كأمر حتمى كى يطبق العميل المبادئ التى تم تدريبه عليها خلال البرنامج العلاجى على مختلف المواقف التى تواجهه فى الحياة مما قد يزيد من ثقته فى نفسه، ومن تقديره لذاته إيجاباً حيث يترك خلال تلك المواقف كى يواجهها بمفرده. ومن ثم يجب أن يخصص المعالج جزءاً فى بداية كل جلسة علاجية لمراجعة تلك الواجبات المنزلية مع المرضى مما يجعلهم يهتمون بها ولا يهملونها ومن ثم يأخذون الأمر مأخذ الجد.

ولا يفوتنا هنا أن نذكر نموذج يونج Young المسمى العلاجى السلوكى المتمركز

حول البنية المعرفية حيث يمكن أن يتم إعادة البناء المعرفى من خلاله أيضاً. ويعكس هذا النموذج الإهتمام الزائد بالتنظيم الهرمى للأبنية المعرفية وبالخبرات الأولى المبكرة ودورها فى تكوين الإضطرابات. ويعد هذا الإتجاه علاجاً لإحدى سلبيات العلاج المعرفى السلوكى حيث كان يتم التركيز من قبل على الأعراض أكثر من التركيز على جذور المشكلة بمعنى أنه كان لايبحث عن الأسباب الحقيقية للمشكلة ودورها فى تكوين الإضطراب، مما كان يترك إحتمالاً بحدوث إنتكاسة، إلا أن هذا الإحتمال قد قل كثيراً فى الوقت الراهن وذلك نظراً للتعامل مع أسباب المشكلة وجذورها إلى جانب إستخدام إستراتيجيات المواجهة. ومن ناحية أخرى نجد أن الإستراتيجيات العلاجية المستخدمة فى هذا الصدد تتناسب مع طبيعة الإضطراب المثار من بنية معرفية بعينها إذ أن الإهتمام بالعمليات الدفاعية للفرد التى قد يختفى وراءها جوهر هذا الإضطراب أو ذاك وهى ما حددها يونج فى الإبقاء والتجنب والتعويض يساعد فى تحديد وإستخدام ما يتناسب وطبيعة الإضطراب من إستراتيجيات وفنيات علاجية، وهو الأمر الذى يتم من خلاله التعامل مع الجانب اللاشعورى للفرد وما يقوم به ذلك الفرد من ميكانيزمات دفاعية.

ويتبقى لدينا فى هذا الصدد نقطة أخيرة وهى تلك التى تتعلق بالمتابعة. ونحن نرى أن المتابعة يجب أن تكون بعد فترة لاتقل عن ستة شهور من إنتهاء البرنامج حيث أثبتت الدراسات التى تناولت هذا الأسلوب العلاجى مع مختلف الإضطرابات أنه يعد هو الأفضل قياساً بغيره من الأساليب العلاجية الأخرى وذلك من حيث نتائجه على المدى الطويل. ومن ثم تعتبر تلك المدة الزمنية التى نقترح إنقضاءها بين القياسين البعدى والتتبعى مدة متوسطة، وهو ما يتناسب مع هذا الإتجاه العلاجى.

دراسات تطبيقية

أجرت لاينهان Linehan وزملاؤها (١٩٨٨) دراسة إستخدموا فيها العلاج باستخدام أسلوب المناقشة والحوار فى مقابل العلاج بالعقاقير لعينة ممن يعانون من

إضطراب الشخصية الحدية الذين كانوا يحاولون الإنتحار. ووجدوا أن المرضى الذين تلقوا الأسلوب الأول (المناقشة والحوار) قد تحسنوا بشكل أفضل وقل سلوكهم الموجه نحو إلحاق الأذى بالذات قياساً بأقرانهم الذين تلقوا العلاج بالعقاقير. ومع ذلك فقد أظهر أفراد المجموعتين قدراً متوسطاً من التحسن فيما يتعلق بالأعراض الإكتئابية. وفى الدراسة التى أجراها تشامبليس ورينيبرج Chambless & Renneberg (١٩٨٨) عن أثر العلاج الجماعى فى مقابل العلاج الفردى لعينة من الراشدين ضمت مجموعتين، كانت الأولى تضم الأفراد من ذوى إضطراب الشخصية الإجتنابية المصحوبة بفوبيا الأماكن الواسعة، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة إلى مجموعتين فرعيتين تلقت الأولى العلاج الجماعى فى حين تلقت الثانية العلاج الفردى، وهو نفس ما حدث مع أفراد المجموعة الثانية والذين كانوا من ذوى إضطراب الشخصية السلبية العدوانية المصحوبة بفوبيا الأماكن الواسعة أيضاً. وجد الباحثان أن العلاج المعرفى السلوكى الجماعى كان أكثر فاعلية من جلسات العلاج الأسبوعية الفردية، وأن ذوى إضطراب الشخصية الإجتنابية لم يستجيبوا بشكل أفضل للعلاج الجماعى قياساً بأقرانهم الذين كانوا يتلقون جلسات علاج أسبوعية فردية. أما ذوو إضطراب الشخصية السلبية العدوانية فكانت إستجاباتهم ضعيفة لجلسات العلاج الفردية الأسبوعية.

وفى دراسة الحالة التى إجراها بيك Beck (١٩٩٠) على مريض واحد عمره تسع وثلاثين سنة يعانى من إضطراب الشخصية الإجتنابية تضمن البرنامج العلاجى فنيات المناقشة، والواجبات المنزلية، ولعب الدور كشفت نتائج الدراسة عن حدوث زيادة فى كم السلوك الإجتماعى لدى المريض وتحسن علاقاته الإجتماعية.

وأجرى لارسين Larsen (١٩٩٠) دراسة عن السلوك اللاإجتماعى لدى عينة من المراهقين ضمت ٨٢ مفحوصاً، وإستخدم خلالها فنيات المناقشة، ومراقبة الذات، والنمذجة، وإعادة البناء المعرفى، والتعريض ومنع الإستجابة، والواجبات المنزلية. وكشفت النتائج عن فاعلية البرنامج العلاجى فى الحد من السلوك

اللاإجتماعى لأفراد العينة إلى حد كبير. كما أوضحت نتائج المتابعة بعد سنة من إنتهاء البرنامج العلاجى أن ٥٩,٨% منهم لم يقبض عليهم من جانب الشرطة خلال تلك السنة التى إستغرقتها فترة المتابعة.

ومن ناحية أخرى كان من بين أهداف الدراسة التى قام بإجرائها كل من بورنز ونولين ـ هوكسيما (١٩٩٢) Burns & Nolen - Hoeksema التأكد من مدى فاعلية برنامج للعلاج المعرفى السلوكى فى علاج إضطراب الشخصية الحدية. وكان عدد أفراد العينة الذين يعانون من هذا الإضطراب عشرين مريضاً من المترددين على العيادات الخارجية بالمستشفى تتراوح أعمارهم بين ١٨ ـ ٧٥ سنة بمتوسط ٣٦,١ سنة. وإستغرق البرنامج العلاجى إثنى عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة فى الأسبوع، وتم إستخدام تكنيكات المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والواجبات المنزلية. وكشفت نتائج الدراسة الخاصة بهؤلاء المفحوصين أن مرضى إضطراب الشخصية الحدية كانوا أقل الفئات تحسناً حتى عند تثبيت المتغيرات الأخرى فى الدراسة.

هذا وقد هدفت دراسة دافيز وبوستر (١٩٩٢) Davis & Boster إلى التعرف على أثر برنامج العلاج المعرفى السلوكى فى خفض أو تقليل الأنماط المختلة وظيفياً من المعارف والمشاعر والأنماط السلوكية لدى مجموعة من الشباب ذوى الشخصيات العدوانية. وأوضحت النتائج فعالية هذا البرنامج فى خفض حدة العدوانية لديهم من خلال تغيير معارفهم المشوهة وأفكارهم الخاطئة أو اللاعقلانية، وبالتالى تغيير إنفعالاتهم ومشاعرهم. ووجد آرنتز (١٩٩٤) Arntz فى دراسته لحالة سيدة فى السابعة والعشرين من عمرها تعانى من إضطراب الشخصية الحدية الناتج عن خبرات صدمية فى مرحلة الطفولة، وتضمن البرنامج العلاجى خمس مراحل هى إقامة علاقة علاجية، والسيطرة على الأعراض، وتصحيح أخطاء التفكير، وإعادة التقييم المعرفى والإنفعالى للأحداث الصدمية فى الطفولة والتغيرات التى طرأت على البناء المعرفى، ثم المرحلة النهائية وهى إحراز

التقدم. وإستخدم فنيات المناقشة، ومراقبة الذات، والتنظيم الذاتى، وإعادة البناء المعرفى، والتقارير الذاتية، والواجبات المنزلية، وجد أن البرنامج المستخدم قد حقق فاعلية فى علاج هذه الحالة حيث أدى إلى تحسن ملحوظ ودال. وتطرق ناردى وآخرون (١٩٩٤) Nardi et. al إلى مجال جديد إستخدموا فيه العلاج المعرفى السلوكى حيث درسوا إضطرابات التوافق لدى ثلاثة جنود فى بداية حياتهم العسكرية تتراوح أعمارهم بين ١٨ ـ ٢٠ سنة، وتم إستخدام فنيات فقد الحساسية المنظم وذلك للتخلص من القلق والسلوك التجنبى، والتعريض، والمناقشة، وتحديد الإعتقادات والتوقعات اللاتوافقية وتغييرها من خلال إعادة البناء المعرفى، والتدريب على مهارات المواجهة. وكشفت النتائج عن فعالية البرنامج المستخدم فى علاج هؤلاء الجنود حيث تمكنوا من إستعادة مستوى أدائهم الوظيفى كاملاً وذلك بعد التخلص من المشكلات التى واجهتهم فى سبيل تحقيق التوافق.

وكشفت دراسة فاليانت وآخرين (١٩٩٥) Valliant et. al التى تم إجراؤها على مجموعة من السيكوباتيين ضمت ١٠٧ مفحوصاً بغرض إختبار فاعلية العلاج المعرفى السلوكى قصير المدى فى خفض حدة العدوانية والسلوك السيكوباتى المضاد للمجتمع لديهم، وإستخدموا فنيات المناقشة، وتفنيد الأفكار، ولعب الدور، والواجبات المنزلية، ومراقبة الذات، كشفت الدراسة عن وجود تغيرات دالة على مقياس بوس ـ دوركى Buss - Durkee للشعور بالذنب بالنسبة لأولئك الأفراد الموضوعين تحت المراقبة، مع وجود تغيرات دالة فى عدائهم اللفظى وإحتقارهم لأقرانهم المسجونين. وهو ما يدل على فاعلية البرنامج المستخدم فى هذا الصدد.

ومن ناحية أخرى قام عصام العقاد (١٩٩٧) بإجراء دراسة عن أثر العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض السلوك العدوانى لدى المراهقين. وأجريت الدراسة الإمبيريقية على عينة ضمت ٢٠٢ مفحوصاً من المراهقين تتراوح أعمارهم بين ١٥ ـ ١٨ سنة، وتم إستخراج وإستنباط عينة الدراسة العلاجية ممن حصلوا على أعلى الدرجات فى مقاييس الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية المدعمة للعدوان، والسلوك

العدوانى للمراهقين. وقد قسمت هذه العينة إلى مجموعتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية تتكون كل منهما من عشرة طلاب. وقد توصلت الدراسة الإمبيريقية إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين درجات مقياس المعتقدات والأفكار اللاعقلانية المدعمة للعدوان لدى المراهقين ودرجات السلوك العدوانى اللفظى والبدنى لديهم مع وجود فروق دالة بين الجنسين فى هذه المعتقدات والأفكار اللاعقلانية لصالح الذكور. وأوضحت نتائج الدراسة العلاجية فعالية برنامج العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض حدة السلوك العدوانى لدى المراهقين وفى تعديل الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية المدعمة للعدوان لديهم وذلك بعد تطبيق برنامج علاجى يعتمد على مفاهيم العلاج العقلانى الإنفعالى على المجموعة التجريبية بهدف ضبط العدوان إشتمل على ثمانى جلسات علاجية جماعية بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وكانت تدور حول التعريف بالبرنامج وشرح نموذج ABC وتوضيح دور الأفكار فى حدوث العدوان، ومناقشة الأفكار والمعتقدات المدعمة للعدوان، وتوضيح بعض الأساليب التوكيدية كاستجابة بديلة للعدوان، وكذلك توضيح الأفكار التلقائية أو الأوتوماتيكية المرتبطة بالعدوان، ونموذج لحل المشكلات، وإستخدام فنيات التدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية، والمناقشة، ودحض الأفكار اللاعقلانية، والتغذية الرجعية، والتدريب على حل المشكلات، إلى جانب جلسة متابعة بعد مرور شهرين من إنتهاء البرنامج العلاجى.

تعليق

من العرض السابق يتضح لنا أن العلاج المعرفى السلوكى بما يضمه من فنيات متعددة تشمل على سبيل المثال المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والتعريض، والواجبات المنزلية إضافة إلى إستراتيجيات المواجهة كالتدريب على الإسترخاء، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتدريب على حل المشكلات يعد فعالاً إلى حد كبير فى علاج إضطرابات الشخصية، وإن كان إضطراب

الشخصية الحدية لايزال يمثل صعوبة أمام هذا الأسلوب العلاجى حيث لم تصل هذه الشخصية بعد إلى القدر المطلوب من التحسن حيث كان المفحوصون الذين يعانون من هذا الإضطراب هم أقل الفئات تحسناً بعد خضوعهم لبرامج العلاج المعرفى السلوكى، وربما يرجع ذلك إلى ما يتطور لديهم من إضطرابات ثانوية كالقلق والإكتئاب على سبيل المثال، ومايضمه هذا الإضطراب من مشكلات معرفية وإنفعالية وسلوكية وعضوية إلى جانب بعض الأعراض الذهانية.

كذلك فإن الإتجاه العلاجى الذى قدمه جيفرى يونج J. Young والمسمى العلاجى المعرفى السلوكى المتمركز حول البنية المعرفية قد أضاف الكثير إلى مجال علاج إضطرابات الشخصية حيث يركز على الأبنية المعرفية اللاتواؤمية التى تكونت مبكراً فى حياة الفرد ويعمل على تعديلها مما يسهم فى علاج تلك الإضطرابات..

* * *

الفصل العاشر

الإضطرابات الذهانية

الذهان Psychosis

يتميز الذهان بانحلال واضح فى القوى العقلية للفرد إذ تضطرب تلك القوى العقلية ووظائفها إلى الحد الذى لايستطيع معه ذلك الفرد أن يشارك فى أنشطة الحياة اليومية، فينفصل بالتالى عن الواقع، ويكون سلوكه خطراً على نفسه أو على المجتمع، كما يكون عاجزاً عن حماية نفسه أو الإهتمام بها، ويعجز عن التوافق مع المجتمع حيث يفقد صلته بالحياة الواقعية، ويتقوقع كلية تقريباً فى عالم من صنعه ومن معتقداته، ويحصل على الرضا والإشباع من خلال ما يسود لديه من ضلالات وهلاوس.

ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن الأمراض الذهانية أو العقلية هى تلك الأمراض التى تتسم بما يلى:

١ ـ إضطراب واضح فى السلوك بعيداً عن طبيعة الفرد من إنطواء وإنعزال وإهمال فى الذات والعمل، والإهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية.

٢ ـ تغير فى الشخصية الأصلية، وإكتساب عادات وتقاليد وسلوكيات تختلف عن الشخصية الأولى.

٣ ـ تشوش فى محتوى ومجرى التفكير وأسلوب التعبير عنه.

٤ ـ تغير الوجدان عن سابق أمره.

٥ ـ عدم إستبصار المريض بعلته فلا يشعر بمرضه، ويرفض العلاج أحياناً إعتقاداً منه بأنه لايعانى من أى مرض.

٦ ـ إضطراب فى الإدراك مع وجود الضلالات والهلاوس.

٧ ـ البعد عن الواقع والتعلق بحياة تنشأ عن إضطراب تفكيره.

ومن الجدير بالذكر أن الأمر لايستلزم وجود كل هذه الأعراض معاً لدى المريض، بل أحياناً ما يبدأ المرض بمجموعة واحدة فقط من هذه الإضطرابات. ويعتبر الفصام Schizophrenia أكثر أمراض هذه المجموعة شيوعاً، ويتميز كمرض ذهانى بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التى تؤدى إذا لم يتم علاجها فى أول الأمر إلى إضطراب وتدهور فى الشخصية والسلوك. وأهم هذه الأعراض إضطراب التفكير، والوجدان، والإدراك، والإرادة، والسلوك (راجع: أحمد عكاشة ١٩٩٢).

ويحدد دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM - IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى APA (١٩٩٤) الأعراض المميزة للفصام بمجموعة من الأعراض يشترط توفر إثنين منها على الأقل أو أكثر من ذلك لدى المريض بحيث يستمر كل من تلك الأعراض التى تتوفر لديه خلال فترة زمنية تستغرق شهراً واحداً على الأقل، ويمكن أن تقل هذه المدة عن ذلك إذا تم علاج تلك الأعراض بنجاح. وتتمثل هذه الأعراض فيما يلى:

١ ـ الضلالات.

٢ ـ الهلاوس.

٣ ـ الكلام غير المنظم وغير المترابط.

٤ ـ السلوك الجسدى غير المنظم أو الكتاتونى.

٥ ـ أعراض سلبية كالتبلد الإنفعالى والسلبية والتذبذبات الإنفعالية والطاعة العمياء.

كما يحدد أيضاً أنه منذ بداية الإضطراب يحدث إختلال فى الأداء الوظيفى فى واحد أو أكثر من المجالات الوظيفية الهامة كالعمل، أو العلاقات بين الشخصية، أو الإهتمام بالنفس ورعاية الذات فيقل الأداء كثيراً وبشكل واضح عن المستوى

السابق الذى يكون الفرد قد حققه سلفاً ويستمر ذلك لفترة من الوقت. وعندما يبدأ المرض فى مرحلة الطفولة أو المراهقة يفشل الفرد فى تحقيق أو الوصول إلى المستوى المتوقع للإنجاز الشخصى، أو الأكاديمى، أو المهنى. وتستمر دلائل الإضطراب هذه أو تلك الأعراض لمدة ستة شهور على الأقل على أن تتوفر خلال تلك المدة الزمنية مجموعتان على الأقل من المجموعات الخمس السابقة للأعراض، وأن تستمر لمدة لاتقل عن شهر. ويلاحظ فى حالة الضلالات أو الهلاوس أنه يجب أن تتوفر مجموعة واحدة فقط على الأقل من تلك المجموعات السابقة للأعراض على أن تتضمن ضلالات غريبة وشاذة أو هلاوس تتضمن وجود صوت يستمر فى التعليق على سلوكه أو أفكاره، أو وجود صوتين أو أكثر يتعارضان مع بعضهما البعض. بينما يتطلب الأمر فى حالة الفصام البارانوى الإنشغال بضلالات معينة سواء كانت واحدة أو أكثر مع وجود هلاوس سمعية متكررة. وقد لايتضح وجود الكلام غير المنظم، أو السلوك الكتاتونى أو غير المنظم، أو تبلد الوجدان أو عدم ملاءمته. وفى حالة الإضطراب الضلالى delusional disorder لاتكون الضلالات شاذة أو غريبة خاصة إذا كانت ترتبط بمواقف الحياة الواقعية، ويستمر ذلك لمدة شهر على الأقل. ويمكن أن توجد فى تلك الحالة هلاوس لمسية tactile وشمية Olfactory إذا إرتبط ذلك بموضوع الضلالات، كما لا يكون الخلل فى الأداء الوظيفى والسلوك صارخاً. وإذا إقترنت نوبات وجدانية بالهلاوس فإن تلك النوبات تستمر لفترة زمنية تقل قياساً بما يكون عليه الأمر فى حالة الضلالات فقط.

وهذا بطبيعة الحال لايمنع وجود أنماط وأنماط فرعية أخرى من الفصام والإضطرابات الذهانية، ولكن ماذكرناه هنا يعد هو الأكثر شيوعاً.

طبيعة الإضطرابات الذهانية

هناك عوامل فسيولوچية وأخرى نفسية وثالثة ترتبط بإساءة إستخدام المواد تساهم بشكل كبير وأساسى فى حدوث الإضطرابات الذهانية المختلفة. وتلعب

العقاقير دوراً هاماً فى علاج تلك الإضطرابات، إلا أن العديد من الذهانيين مع ذلك لايستجيبون للعقاقير بالشكل المطلوب حيث وجد ليبرمان وآخرون Lieberman et. al (١٩٩١) أن ١٤% من المرضى الذين تبدو عليهم أول نوبة من نوبات الفصام لم يستجيبوا للعقاقير بالشكل الذى ينبغى أن يكون، ومن ثم تبدو على الكثير من مثل هؤلاء المرضى العديد من الأعراض الذهانية وتستمر معهم على الرغم من تعاطيهم العقاقير.

كذلك هناك العديد من الإعتقادات التى ترتبط بالضلالات والتى تكون عادة معقدة ومتعددة الأبعاد. وتركز الإتجاهات التقليدية للذهان فى تصنيفها للضلالات على محتوى الإعتقادات المرتبطة بها، وتميز بالتالى بين البارانويا، وضلالات العظمة، والإعتقادات الإكتئابية، وضلالات الإضطهاد. وتؤكد الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد على أن تلك الإعتقادات تتباين بشكل مستقل وذلك على إمتداد عدد من الأبعاد كالإعتقاد والإنشغال والشدة، أى مدى إعتقاد الفرد فى تلك الضلالات، ومدى إنشغاله بها ومقدار حدوثها له، والدرجة التى تحدث بها تلك الضلالات. وما يزيد الأمر تعقيداً أن العديد من الذهانيين يعانون من إضطرابات إنفعالية شديدة يأتى القلق فى مقدمتها، وكذا اليأس والكرب والعزلة والشعور بعدم القيمة والتفاهة والرفض من جانب الآخرين. ولاتقل مثل هذه الإضطرابات فى أهميتها عن الأعراض الذهانية فى حد ذاتها.

وتؤكد العديد من الصياغات المعرفية الحديثة لمشكلات الأفراد الذهانيين أن الإضطراب الإنفعالي يعد جانباً أساسياً فى الإضطراب الذهانى. فالإكتئاب لدى هؤلاء الأفراد على سبيل المثال يرتبط بمشاعر العجز واليأس والألم، ويمكن النظر إليه على أنه مشتق من رد فعل عام للخبرات المعاكسة التى يتضمنها الإضطراب الذهانى وما يتعلق به من مآزق الحياة وأحداثها. كما أن الهلاوس والضلالات تتضمن هى الأخرى أفكاراً إنفعالية. ومن المحتمل أن تكون هناك عمليات وجدانية وبيولوجية يتم تضمنها فى تكوين وإستمرار الأعراض الذهانية كالهلاوس السمعية

والبارانويا وضلالات العظمة، وهو الأمر الذى يزيد من مدى الحاجة إلى إتجاه حديث لتناول تلك الإضطرابات يتمثل فى العلاج المعرفى السلوكى يمثل فيه تناول الإضطراب الإنفعالى مرحلة أساسية.

ومن الجدير بالذكر أن من أهم المشكلات التى تواجه المرضى الذهانيين حدوث الإنتكاسة وإعادتهم مرة أخرى إلى المستشفى. وتؤكد العديد من الدراسات أن الإنتكاسة الحادة التى تحدث لهؤلاء المرضى تؤثر على السياق الإجتماعى الذى يتواجدون فيه حيث تحدث العديد من المشكلات فى العلاقات بين الشخصية مع أقرب الأقارب وغيرهم من الآخرين المقربين للمريض، كما أنها ترتبط أيضاً بأحداث حياة متقلبة. ويعمل الإنتظام فى العلاج الطبى لمدة طويلة على الإقلال من إحتمال حدوث مثل هذه الإنتكاسة. ويرى هندمارش (١٩٩٤) Hindmarch أنه على الرغم من أن العلاج الطبى يعمل كعامل وقائى من حدوث مثل هذه الإنتكاسة فإن له آثاراً عكسية تؤدى إلى شعور المريض بالكرب وأحياناً بالعجز، إلا أن الفائدة التى يحصل عليها المريض من إستمراره فى العلاج الطبى تفوق تلك الآثار العكسية التى يحتمل أن تحدث له فى هذا الصدد.

ويعد العجز الإجتماعى هو الآخر من أهم المشكلات التى يواجهها أولئك الذين يعانون من إضطراب ذهانى مزمن، إلى جانب شعورهم باضطرابات سلوكية وأخرى إنفعالية. ويرى جونستون وآخرون (١٩٩١) Johnstone et. al أن المسح الطبى والسيكاترى والسيكلوجى قد أكد أن حوالى ٦٠٪ من المرضى الذين تبدو عليهم أعراض فصامية قد أبدوا معدلات من العجز الإجتماعى تتراوح بين المستوى المتوسط إلى المستوى الشديد. وقد يتضمن ذلك عدم القدرة على القيام بالعمل أو الإستمرار فى العلاقات المختلفة أو تنفيذ الأنشطة العادية التى تعج بها الحياة اليومية العادية.

هذا ويمكن أن يتم فهم الإضطرابات الذهانية وما يرتبط بها من مشكلات بشكل

جيد، كما يمكن أن يتحسن أيضاً إذا ما أولينا مزيداً من الإهتمام للخبرة الذهانية الذاتية للمريض، والأساليب التى يحاول بموجبها أن يدرك ويفهم خبراته الذاتية تلك، ثم يقوم بعد ذلك بمواجهتها حيث تفترض التحليلات المعرفية الحديثة أن الأفعال التى يتم القيام بها كاستجابة لتلك التهديدات التى تتعلق بالصحة من المحتمل أن تعتمد على الخبرة الذاتية للفرد بمثل هذا الإضطراب، والطريقة التى قد يطور بها ذلك الفرد فهماً شخصياً للإضطراب يقوم على تلك الخبرة.

وهناك ثلاثة أنماط من ردود الفعل النفسية للذهان تعتبر كأساليب مواجهة يمكن عرضها على النحو التالى:

١ ـ إنكار الإصابة بالإضطراب الذهانى ونقص الوعى به:

ومن هذا المنطلق لايوافق معظم المرضى على آراء الأخصائيين والأطباء حول تلك المشكلات التى يعانى منها هؤلاء المرضى. كما أن بعضهم قد لايدرك تلك المشكلات ويصبح مصدر ألم وإزعاج واضح للآخرين، ويمر بخبرات غريبة، ويتبنى إعتقادات غريبة وشاذة، وتصدر عنه أفعال خطيرة وغير مسئولة، ومن ثم يصبحون خطراً على أنفسهم وعلى الآخرين. ومن ناحية أخرى تبتعد حياتهم كثيراً عن الترتيب والتنظيم فنجدهم لايأكلون مثلاً بانتظام، ولايبقون على الإعتناء بأنفسهم. وإلى جانب أنهم يفتقرون إلى الوعى بوجود إضطراب ذهانى لديهم فإن هناك إعتقادات ضلالية أى ترتبط بضلالات معينة تسود بينهم، وتعد مثل هذه الإعتقادات غريبة وشاذة من المنظور الطبى. كما أنهم قد يفقدون بصيرتهم، ومن ثم يرفضون التعاون مع الأخصائيين.

٢ ـ التخلى عن أو الإنغماس فى الدور الإجتماعى للمريض العقلى ذى المرض المزمن:

وقد يقترن ذلك بقبول المرض الذهانى والتعاون مع الأخصائيين، ومع ذلك فإن أولئك الذين يتبنون رد الفعل هذا غالباً مايراهم الآخرون على أنهم قد إنغمسوا فى الدور المرضى وأنهم قد غاصوا فى الهوية الشخصية للمريض الذى يعانى من

مرض عقلى شديد بآثاره السلبية على تقدير الذات. وقد يعبر مثل هؤلاء الأفراد عن رغبتهم فى البقاء تحت رعاية الأخصائيين وما يقدمونه لهم من خدمات، ويقررون خوفهم من تحمل أى مسئوليات شخصية مستقلة إذ أنهم يتسمون بالإعتمادية الزائدة، وقد تبدو عليهم مشكلات إكلينيكية أخرى كالإكتئاب، أو الإنحطاط الأخلاقى، أو التفكير فى الإنتحار.

٣ ـ تقبل المرض الذهانى:

وقد يتخذ معظم المرضى حلاً وسطاً يبدو للكثير من الأخصائيين بمثابة أفضل الحلول بالنسبة لهؤلاء المرضى فيتقبلون مرضهم الذهانى ويصبحون على وعى به. وقد يتضمن هذا النمط من رد الفعل القدرة على تبنى الدور المرضى عند الضرورة، وهو ما قد يتضمن التوافق لأسلوب الحياة والسلوك والإقبال على العلاج الطبى والإستفادة من تلك الخدمات التى يقدمها الأخصائيون لهم، ومحاولة الوصول إلى الحد الأقصى من الإستقلال والإبقاء على الهوية الشخصية منفصلة عن هوية الشخص الذى يعانى من مرض عقلى مزمن. وتؤكد الأدلة المختلفة والدراسات التى تم إجراؤها فى هذا الصدد أن هذه الإستراتيجية للتكيف مع المرض العقلى لايتم التوصل إليها إلا بعد صراع طويل ومرير مع العديد من المشكلات التى قد ترتبط بالأعراض الذهانية وبالمحنة الإجتماعية المرتبطة بالمرض العقلى المزمن.

وإلى جانب ذلك هناك العديد من الأفكار المختلة وظيفياً التى تنتشر بين الأفراد الذهانيين، وغالباً ما تعكس مثل هذه الأفكار محتوى الأعراض الذهانية فيشيع مثلاً بين المرضى ذوى الإعتقادات البارانوية أفكار تدل على عدم ثقتهم فى الآخرين. كما قد تشيع أيضاً بينهم أفكار أخرى مختلة وظيفياً بأنهم فاشلون، وقد يرجع ذلك إلى خبرتهم المستمرة لعدم القدرة على تحقيق النجاح فى العمل أو فى مجال العلاقات الشخصية. وقد يؤدى بهم ذلك أيضاً إلى سماع أصوات تدل على نفس هذا المعنى وتخبرهم بأنهم غير أكفاء وأنهم يمثلون خطراً على الآخرين.

وغالباً مايواجه مثل هؤلاء الأفراد خمسة أنماط من الأفكار أو الإعتقادات المختلة وظيفياً فى هذا الصدد يمكن تصنيفها على النحو التالى:

١ ـ الإعتقاد بأنه الذات عرضة بشكل كبير للخطر من جانب الآخرين. ويرتبط مثل هذا الإعتقاد بالضلالات والأصوات التى تدور حول رغبة الآخرين أو أفراد أسرته فى قتله.

٢ ـ الإعتقاد بأنه عرضة لفقد سيطرته على ذاته. ويسود هذا الإعتقاد بين أولئك الأفراد الذهانيين الذين يعتقدون بأن هناك قوى خارجية أو أصوات تسيطر عليهم، وبأنهم غير قادرين على أن يقوموا بالسيطرة على أفعالهم. كما يسود بينهم إعتقاد أيضاً بأنهم سوف يفقدون عقولهم وسوف يصبحون مجنونين.

٣ ـ الإعتقاد بأن العزلة الإجتماعية شيء محتوم على الذات ومقدر لها. ويسود هذا الإعتقاد بين من يرون أنفسهم على أنهم منبوذون من مجتمعهم وأن الآخرين يستاءون من وجودهم بينهم. وقد ينشأ هذا الإعتقاد من خبرات واقعية للرفض والشعور بالوصم.

٤ ـ الإعتقاد فى وجود قصور داخلى أو عيوب ونقائص داخلية. وقد ينشأ هذا الإعتقاد نتيجة لما يتسم به مثل هؤلاء الأفراد من عجز إجتماعى، فنجدهم يعتقدون من جراء ذلك بأنهم هم المسئولون عن سوء حظهم، ومن ثم يبدأون فى النظر إلى أنفسهم على أنهم تافهون ولاقيمة لهم. وترتبط مثل هذه الإعتقادات باعتقادات أخرى قوية بأنهم معطلون عن العمل والإنتاج بشكل لايجدى معه إصلاح، كما قد ترتبط هذه الإعتقادات فى بعض الأحيان بضلالات يرون من خلالها أنفسهم على أنهم شريرون، وأن الآخرين يحاولون رؤية ما فى عقولهم والإطلاع عليه وقراءته أو إذاعته للغير.

٥ ـ الإعتقاد فى معايير صارمة يحكم من خلالها الفرد على نفسه. وترتبط مثل هذه المعايير الصارمة بضلالات العظمة، وتنتج عن الفشل المتكرر الذى يحققه

الفرد فى العديد من المواقف مما يدفع به فى سبيل التعويض إلى أن يرى نفسه غير ما هى عليه فى الواقع فيرى نفسه مثلاً على أنه نجم لامع أو قائد سياسى كبير.

وفى مثل هذه الحالات يجب على المعالج أن يعدل من تلك المفاهيم حتى يتم تعديل أفكار المريض المشوهة. ومن المفيد كما سنرى فيما بعد أن يتم إستخدام تلك الفنية التى قدمها يونج (١٩٩٠) Young فى هذا الصدد والتى أسماها العلاج المتمركز حول البنية المعرفية. Schema - Centred therapy

الإتجاه المعرفى والذهان

تهتم النظريات المعرفية النفس عصبية Cognitive - neuropsychological بالأسلوب الذى يعمل به العقل حيث ترى أن العقل هو العضو الذى يساعد الفرد على أن يفهم البيئة التى تحيط به، وأن العقل فى ذلك يعمل مثل الكمبيوتر ويؤدى عدداً من الوظائف تتضمن تجهيز وتخزين المعلومات، والتخطيط، والتقييم، وغيرها. وترى أيضاً أن الأسلوب الذى يشغل به العقل المعلومات المعقدة ويقوم بتجهيزها يمكن فهمه فى ضوء ناتج عدد من العمليات المستقلة التى تعمل معاً فى خط متواز. ويرى شاليس (١٩٨٨) Shallice أن أى تلف بالمخ يؤدى إلى تعطيل واحدة أو أكثر من الوظائف المعرفية، وأن الخبرات والإعتقادات السائدة لدى الذهانيين تتأثر كما يرى إليس ويونج (١٩٨٨) Ellis & Young باختلال الأداء الوظيفى البيولوچى لديهم. ويعتقد نيلسون وآخرون (١٩٩٣) Nelson et. al أن هذا هو الذى يجعل أداء الفصاميين على العديد من المهام المعرفية يقل بكثير جداً عن أداء أقرانهم من العينات غير الإكلينيكية، كما تقل نسبة ذكائهم عن أولئك الأقران بمعدل عشر نقاط. ويرى سايكن وآخرون (١٩٩١) Saykin et. al أنهم يعدون أيضاً أقل من هؤلاء الأقران فى التعلم اللفظى ووظائف الذاكرة. ويضيف تاملين وآخرون (١٩٩٢) Tamlyn et. al أن هذا العجز يزداد بالنسبة للذاكرة قصيرة المدى بينما يقل نسبياً فقط فى حالة الذاكرة طويلة المدى. ويؤكد كوتنج ومورفى

Cutting & Murphy (١٩٨٨) أن أداءهم على المهام المعرفية تكتنفه العديد من المشكلات وخاصة فيما يتعلق بتكوين المفاهيم، والحكم على الأشياء الجديدة، والتعقل الإجتماعى.

ومن ناحية أخرى تعتبر العديد من الإعتقادات المرتبطة بالضلالات والخبرات المرتبطة بالهلاوس ذات محتوى ومعنى شخصى، وغالباً ماتكون على درجة عالية من التهديد بالنسبة للمريض. فالأفراد الذين تتطور لديهم ضلالاته العظمة على سبيل المثال يزداد إحتمال أن تتطور لديهم مجموعة من الإعتقادات المختلة وظيفياً حول ذواتهم، ومن ثم تتعلق بالتهديد المرتبط بالذات. وهذا يجعلهم فى حاجة إلى تحقيق النجاح فى العمل وتحقيق قدر معقول من الإنجاز. ولكن نظراً لفشلهم فى تحقيق ذلك يتطور لديهم ميل لتعويض هذا الفشل وذلك عن طريق الخيالات المتكررة التى تعمل على إبعاد ذواتهم عن الأفكار غير المرغوبة، وهو ما يعتبر بمثابة دفاع هوسى من جانب الفرد يلعب دوراً هاماً فى تكوين وإستمرار ضلالات العظمة grandoise delusions والتى قد تساعده فى كثير من الأحيان على تجنب المشاعر المؤلمة للعديد من الإضطرابات الإنفعالية والوجدانية المرتبطة بها كالإكتئاب على سبيل المثال. وهذا بطبيعة الحال يجعلهم أقل دافعية فى تحقيق التغير.

ومن الجدير بالذكر أن هناك إفتراضات أساسية للإتجاه المعرفى حول الذهان يمكن تلخيصها فى النقاط التالية.

١ ـ من المفيد أن نفهم كيف (نمط) حياة الشخص الذهانى على أنها أسلوب لمواجهة المرض. ويمكن تصويرها بشكل جيد إذا ما نظرنا إليها من هذا المنطلق حيث قد يناضل هذا الشخص للإبقاء على معنى الكرامة، وتقدير الذات، والهدف من حياته وذلك عند مواجهته للتهديدات التى قد تشتق بشكل مباشر من الذهان كالهلاوس السمعية (الأصوات) والبارانويا، أو قد تشتق من المشكلات الإجتماعية المرتبطة بالمرض العقلى المزمن كفقد الأدوار الأساسية

والعلاقات على سبيل المثال. كما أنه قد ينظر إلى هذا المرض على أنه وصمة له، أو قد ينغمس فى الدور المرضى. Sick role وهناك ثلاث مزايا لمساعدة المرضى على فهم أن مشكلاتهم المتعددة التى يعانون منها تنتج عن مرضهم. وتتمثل تلك المزايا فيما يلى:

أ - إدراك أنهم غير ملامين على تلك المشكلات المختلفة التى تعج بها حياتهم، وبالتالى غير مسئولين عنها.

ب - تقديم أمل حقيقى لهؤلاء المرضى فى المستقبل مما يجعلهم يقبلون على العلاج الذى سوف يساعدهم فى التغلب على تلك المشكلات.

جـ - تدعيم فكرة قبول حدود معينة لآثار التدخل العلاجى النفسى مما يساعد كلاً من المعالج والمريض على وضع أهداف واقعية للعلاج والعمل الجاد على تحقيقها.

٢ - يخبر المريض الذهان على أنه أفكار ومشاعر متغيرة. وقد تدل مثل هذه الخبرات بالنسبة له على أن العالم من حوله قد تغير وليس هو الذى أصيب بمرض. ومن هذا المنطلق قد تفشل محاولات المعالج فى إقناع المريض أنه مصاب بمرض وخاصة فى حالة وجود إعتقادات ترتبط بالضلالات، وهو الأمر الذى يتطلب أن نهتم بخبرة المريض الذاتية بالذهان. ومن ثم يجب عند التعامل مع هؤلاء المرضى الذهانيين أن نتعامل معهم من منظورهم حيث نجدهم فى الغالب ينكرون إصابتهم بالذهان، ولذلك فهم فى حاجة إلى أن يقوموا بمراقبة وتصوير أعراضهم، والمداومة على أخذ العلاج الطبى والإنتظام فيه. كما أن مثل هؤلاء المرضى الذين تكون لديهم ضلالات يتبنون بشدة إعتقادات معينة تتعلق بطبيعة مشكلاتهم، فإذا ما سألناهم على سبيل المثال عما يعتقدونه فيما يتعلق بطبيعة ما يعانون من مشكلات يكون من المحتمل أن تتضمن إجاباتهم أن هناك قوى خاصة خفية لها الدور الأساسى فى هذا الصدد. ولايكون من السهل التخلص من مثل هذه الإعتقادات عن

طريق التعليم النفسى Psychoeducation حول الفصام كما يرى سميث وآخرون (١٩٩٢) Smith et. al وذلك بإعطائهم العديد من المعلومات حول طبيعة ذلك المرض وأعراضه. إلا أن ذلك قد يصبح سهلاً إذا ما بادر المعالج بالإستماع بعناية إلى وجهة نظر المريض حول تلك المشكلات حيث سيصبح بإمكانه فى مرحلة لاحقة وذلك بمجرد أن تتكون علاقة حميمة بينه وبين المريض أن يقوم بتقديم تفسيرات بديلة للمريض فى سياق علاقة تعاونية أو مشتركة. Collaborative ومن المعروف أن مثل هذا العمل التعاونى أو المشترك يمثل جوهر العلاج المعرفى السلوكى للضلالات.

٣ - قد تتضمن عملية تكون الأعراض الذهانية وإستمرارها أنماطاً مختلفة من العمليات النفسية. وجدير بالذكر أن مثل هذه الأعراض قد تختلف من حالة إلى أخرى. كما أن الخبرات الذهانية تنشأ نتيجة حدوث إختلال فى الأداء الوظيفى للمخ. وقد تلعب الإضطرابات الإنفعالية والوجدانية كالإكتئاب مثلاً دوراً هاماً فى ظهور الأعراض الذهانية وخاصة ضلالات العظمة والإعتقادات التى يتبناها المريض حول الأصوات التى يسمعها. هذا وتسهم العمليات النفسية المختلفة فى حدوث كم كبير من الأعراض الذهانية وذلك وفقاً للجوانب المختلفة من الإضطراب الذهانى والحالات الفردية المختلفة.

العلاج المعرفى السلوكى للذهان

ظل العلاج المعرفى السلوكى لمعظم الوقت منذ بدايته يستخدم مع حالات الإضطرابات العصابية، ولكنه تدريجياً ومن خلال الأبحاث التى قامت على منهج دراسة الحالة بدأت تتجمع الأدلة التى تؤكد أنه يمكن إستخدام إتجاهات شبيهة مع تلك الحالات التى يتم تشخيصها على أنها حالات ذهانية على الرغم من أن هذه الحالات تتسم بأنها حالات معقدة ومتعددة الأبعاد حيث يعانى معظمهم من مشكلات ترتبط كما أوضحنا سلفاً باضطرابات إنفعالية والعجز الإجتماعى إضافة إلى تلك الأعراض الذهانية التى تميز الإضطراب الذهانى الذى يعانون منه، كما يزداد لديهم إحتمال حدوث إنتكاسة بعد العلاج.

وربما تعد الدراسة التى أجراها ميتشنبوم Meichenbaum للحصول على درجة الدكتوراة (١٩٦٦) خطوزة رائدة فى هذا المجال حيث قام خلالها بتدريب مجموعة من مرضى الفصام على إصدار كلام صحى منظم عن طريق إستخدام الإشتراط الإجرائى مع تقديم عناصر معرفية فى عملية العلاج حيث إستخدم أسلوب مخاطبة النفس (الحوار الذاتى) وذلك بطريقة تؤدى إلى تغيير السلوك. وهو بذلك قد لفت الأنظار إلى إمكانية التعامل مع أعضاء هذه الفئة، وإن لم يزدهر ذلك إلاخلال التسعينيات.

ويرى فاولر وآخرون (١٩٩٥) Fowler et. al أن هناك ثلاثة أهداف رئيسية لإستخدام العلاج المعرفى السلوكى مع الإضطرابات الذهانية يمكن عرضها كالتالى:

١ ـ تخفيف حدة الكرب والمشاعر السلبية والعجز المرتبط بالأعراض الذهانية.

٢ ـ تخفيف حدة الإضطرابات الإنفعالية المصاحبة.

٣ ـ تدعيم المساهمة الفعالة للفرد فى الأنشطة المختلفة مما يخفف من شعوره بالعجز الإجتماعى ويقلل من إحتمال حدوث إنتكاسة.

هذا ويتم إعداد البرامج العلاجية وتحديدها بعناية فى إطار العلاج المعرفى السلوكى وفقاً لحاجات الأفراد الذهانيين نظراً لتباين المشكلات التى يبدونها، كما يتم توجيه الفنيات المستخدمة عن طريق الصياغة الدقيقة والتحديد الدقيق لمشكلات هؤلاء الأفراد. أما عدد الجلسات التى يتضمنها البرنامج العلاجى ومدة كل منها وطول الفترة الزمنية التى يستغرقها العلاج فتختلف إعتماداً على مدى تعقيد وشدة الإضطرابات التى يتم التعامل معها، ومدى إستعداد المريض للمشاركة فى علاقة علاجية تعاونية حيث يبدأ البرنامج العلاجى بإقامة علاقة علاجية تعاونية مع المريض يسودها الأمانة والصدق والدفء والإهتمام به وتقديم النصيحة الصادقة له، وتحديد المشكلة من خلال جلسات العلاج، والقيام بتقييم شامل للعوامل المرتبطة بتطور تلك المشكلة. ونادراً مايتضمن البرنامج العلاجى أقل من عشر جلسات، إلا أن عدد تلك الجلسات عادة ما يتراوح بين ٢٠ ـ ٢٥ جلسة، ويستمر

البرنامج لمدة ستة أشهر تقريباً بواقع جلسة كل أسبوع تستغرق ساعة تقريباً. وأحياناً يبدأ البرنامج بجلستين فى الأسبوع وذلك خلال أول أسبوعين أو ثلاثة أسابيع، ثم يليها جلستان فى الأسبوع خلال الشهور الثلاثة التالية، وهذا يعنى وجود حاجة إلى جلسات إضافية، حيث غالباً ما يحتاج الأمر إلى جلسات إضافية لتعزيز البرنامج وذلك بواقع جلسة كل شهر لمدة ستة أشهر أو جلسة كل أسبوع لمدة ستة أسابيع. وأحياناً تكون هذه الجلسات الإضافية على هيئة جلستين بواقع جلسة واحدة كل أسبوعين، ثم ثلاث أو أربع جلسات بواقع جلسة واحدة كل شهر، يلى ذلك فترة متابعة لمدة ستة أشهر يتبعها القياس التتبعى.

ويتضمن العلاج المعرفى السلوكى للذهان ست مراحل هى:

١ ـ مرحلة الإنغماس والتقييم.

٢ ـ تطبيق إستراتيچيات المواجهة المعرفية السلوكية على الأعراض الذهانية.

٣ ـ مناقشة تعاونية لنموذج جديد للإضطراب الذهانى للمريض.

٤ ـ تطبيق الإستراتيچيات المعرفية السلوكية على الإعتقادات المرتبطة بالضلالات والهلاوس.

٥ ـ تطبيق إستراتيچيات المواجهة المعرفية السلوكية على الإفتراضات المختلة وظيفياً.

٦ ـ تطبيق إستراتيچيات مواجهة العجز الإجتماعى والإنتكاسة.

ويمكن عرض هذه المراحل كالتالى:

ـ المرحلة الأولى: مرحلة الإنغماس والتقييم:

تبدأ هذه المرحلة بتكوين أو إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض نظراً لما لها من أهمية قصوى فى هذا الصدد. ويتم خلال هذه المرحلة إجراء مقابلات مع المريض لتقييم وضعه، والتعرف على المشكلات التى يعانى منها، وتقييم العوامل التى تسهم فى تطور وإستمرار مثل هذه المشكلات. كما يتضمن

ذلك أيضاً تقييماً شاملاً ودقيقاً لمنظور العميل أو وجهة نظره فيما يتعلق بتلك المشكلات. وقد يحتاج الأمر إلى إجراء بعض القياسات السيكومترية. ومن الأساليب التى تستخدم خلال هذه المرحلة أسلوب المناقشة والطرح. وتهدف هذه المرحلة إلى تحقيق وظيفتين أساسيتين هما:

أ - إقامة علاقة علاجية تعاونية مع المريض.

ب - جمع المعلومات التى سوف تساعد كلاً من المعالج والمريض على تطوير صياغات معرفية شخصية لمشكلات المريض.

وإلى جانب ذلك فهناك ثلاثة أهداف علاجية يجب أن تتحقق خلال الجلسات الأولى، وذلك كالتالى:

١ - أن ننقل للمريض شعوراً بأنه سوف يتم التعامل مع مشكلاته بشكل جدى وسوف يتم إخضاعها العلاج.

٢ - أن نعطى للمريض صورة واضحة عما يحتمل حدوثه أثناء العلاج، وأن نوضح له أن التحسن المنتظر قد لايحدث فى الحال ولكن هناك أملاً فى حدوثه مستقبلاً.

٣ - أن نحدد للمريض بشكل واضح ما يعانى منه من مشكلات، وما يمكن أن ينشأ بين تلك المشكلات من علاقات كالعلاقة بين مايسمعه من أصوات وبين شعوره بالإكتئاب أى أن هناك تداخلاً بين مشكلاته وبين غيرها من المشكلات، كما يجب أيضاً أن نحدد له الأحداث والعوامل التى قد تسهم فى تطور وإستمرار تلك المشكلات.

- المرحلة الثانية: تطبيق إستراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية على الأعراض الذهانية:

وتتضمن هذه المرحلة تقديم النصيحة والتدريب للمعالج لإستخدام مجموعة من الإستراتيجيات المعرفية السلوكية بغرض مساعدة المريض فى السيطرة على أو

مسايرة خبراته الذهانية التى تتضمن الكرب، وردود أفعاله الانفعالية الشديدة، أو إندفاعاته. ويتم بالتالى تدريب المريض على كيفية إستخدام تلك الإستراتيچيات. وتهدف هذه المرحلة إلى تعزيز مشاعر الضبط والسيطرة لدى المريض، وبث الأمل فيه، وإحتواء المشاعر العامة لليأس أو فقدان الأمل التى تنتابه. ومن الجدير بالذكر أن مثل هذه الإستراتيچيات قد تتكامل معاً وخاصة إذا ما كانت هناك حاجة ماسة لتقديم مساعدة منظمة للعملاء فى المرحلة المبكرة من العلاج.

- **المرحلة الثالثة: مناقشة تعاونية لنموذج جديد للإضطراب الذهانى للمريض:**

وتتضمن هذه المرحلة عرضاً من جانب المعالج لمنظور جديد حول طبيعة خبرات المريض ومشكلاته الحياتية العامة. ويتحدد هذا المنظور الجديد عن طريق قيام المعالج بالصياغات المعرفية للأعراض الذهانية للمريض من خلال ما يجريه معه من مناقشات تعاونية يتحدد من خلالها أيضاً مدى ما تسهم به العوامل المختلفة فى حدوث تلك الخبرات التى يقرر أنه قد مر بها وعانى ولايزال يعانى منها. كما تتضمن هذه المرحلة أيضاً قيام المعالج بعرض منظور جديد لحياة المريض وخبراته وذلك من خلال نماذج الإضطرابات الذهانية وأسباب تلك الإضطرابات.

- **المرحلة الرابعة: تطبيق الإستراتيچيات المعرفية السلوكية على الإعتقادات المرتبطة بالضلالات والهلاوس:**

وتركز هذه المرحلة على إعتقادات معينة تتعلق بالضلالات السائدة، وعلى التفسيرات البارانوية الخاطئة للأحداث، أو على إعتقادات المريض حول ما يسمعه من أصوات. ويحاول المعالج أن يجد تفسيرات مناسبة لتلك الإعتقادات والخبرات الذهانية للمريض والتى قد تحدث نتيجة لحدوث إختلال فى أدائه الوظيفى البيولوچى. كما يحاول أيضاً أن يحث المريض على البحث عن حلول بديلة وتفسيرات مناسبة لذلك.

ـ المرحلة الخامسة: تطبيق إستراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية على الإفتراضات المختلة وظيفياً:

وتركز هذه المرحلة على الإختلالات الوظيفية وما يتعلق بها من أفكار وإفتراضات تتعلق بالذات وبالآخرين. وتكون تلك الإفتراضات من النوع الذى يرى المريض من خلاله أنه عديم القيمة، أو خطير، أو شرير، أو أن الآخرين لايمكن تصديقهم والثقة بهم حيث لايستحقون ذلك، وأنهم يحاولون إلحاق الأذى به ومن ثم فهم يمثلون خطراً عليه. وتهدف هذه المرحلة إلى تعديل مثل هذه الأفكار والإعتقادات وذلك من خلال إستراتيجيات للعلاج المعرفى السلوكى شبيهة بتلك التى تستخدم مع الإكتئاب وإضطرابات الشخصية. وإلى جانب ذلك تتم عملية التقييم السيكومترى للإختلالات الوظيفية. ويستخدم فى هذا الإطار عدد من الإختبارات فى عملية التقييم المعرفى وذلك عن القراءة والذكاء والأداء المعرفى والتفكير. ومن هذه الإختبارات ما يلى:

ـ إختبار القراءة للراشدين.

- The National Adult Reading Test, (Nelson, 1982).

ـ مقياس وكسلر المعدل لذكاء الراشدين.

- Wechsler Adult Intelligence Scale - Revised, (Wechsler, 1981).

ـ إختبار التقديرات المعرفية.

- The Cognitive Estimations Test, (Shallice & Evans, 1978).

ـ مهمة التفكير الإحتمالى.

- Probablistic Reasoning Task, (Huq et. al., 1988).

ويتضح أنها عبارة عن إختبارات لقياس القدرة على القراءة، والذكاء، والتفكير، والقدرات المعرفية، أما فى تقييم الأداء الإنفعالى فيمكن إستخدام الإختبارات التالية:

ـ مقياس الإتجاهات المختلة وظيفياً.

- The Dysfunctional Attitudes Scale, (Weissman & Beck, 1978).

ـ تقييم الأبنية المعرفية الذاتية.

- The Assessment of Self - Schemas, (Bellew, 1990).

- إستبيان يونج للأبنية المعرفية.

- Young 's Schema Questionnaire, (Young, 1990).

- المرحلة السادسة: تطبيق إستراتيجيات مواجهة العجز الإجتماعى والإنتكاسة:

وتمثل هذه المرحلة آخر المراحل التى يتضمنها العلاج، وتركز على تكوين منظور جديد لمشكلات الفرد التى تطورت خلال مضمار البرنامج العلاجى، وتساعد المريض على عملية التنظيم الذاتى التى تساعده بدورها على المواجهة. ويتضمن العمل العلاجى خلال هذه المرحلة ما يلى:

أ - إسداء النصيحة حول إستراتيجيات العلاج المعرفى السلوكى الملائمة للإستخدام مع الأعراض الذهانية التى تبدو على المريض.

ب - مساعدة المريض على تطوير خطة علاجية معينة تساهم فى عدم حدوث إنتكاسة.

جـ - تطوير إستراتيجيات معينة تساعد المريض فى التغلب على عجزه الإجتماعى مستقبلاً سواء على المدى القريب أو البعيد.

د - تطوير خطط معينة تساعد فى التغلب على أى مشكلات إنفعالية يمكن أن تظهر.

ومن المشكلات الأساسية التى قد تواجهنا عند العمل مع الأفراد الذهانيين عدم رغبتهم فى حضور الجلسات العلاجية، وعدم رغبتهم فى الإفصاح عن خبراتهم أو الحديث عن مشكلاتهم، وعدم ثقتهم فى المعالج، إلى جانب إثارتهم لبعض الأسئلة الشخصية التى لايكون لها علاقة بالموضوع الذى يتم تناوله. ولذا يجب على المعالج أن يحاول فهم مثل هذه المشكلات من منظور المريض، وأن يتسع صدره لذلك، وأن يشجع المريض على أن يقيم معه علاقة علاجية تعاونية وأن يشاركه فى المناقشات التى يجريها.

وإذا كانت العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض يجب أن تقوم على الأمانة والدفء والإهتمام بالمريض، وتقديم النصحية الصادقة له، فيجب أن يتسع صدر المعالج لأى إختلاف يمكن أن يحدث بينه وبين المريض وذلك فى وجهات النظر، كما أنه من الممكن أن يحدث سوء فهم من جانب المريض لمقاصد المعالج، وهنا يمكن للمعالج أن يوضح ذلك له من خلال التغذية الرجعية. ويتم خلال الجلسات

إستخدام عدد من الفنيات والإستراتيجيات، ويمكن للمعالج أن يلجأ إلى بعض الأشياء التى يمكن لها تسهيل الإستخدام الجيد والفعال لتلك الفنيات والإستراتيجيات كأن يخرج مع المريض مثلاً فى جولة بحديقة المستشفى ويحاول أن يناقش معه مشكلاته خلال تلك الأثناء. ويجب عليه أيضاً أن يتجنب الإلتحام البصرى eye Contact مع المريض بقدر المستطاع ولذلك يفضل أن يجلس إلى جواره وليس فى مواجهته. وإذا أحدث المريض أى مشكلة أثناء الجلسة يمكن للمعالج أن ينتقل بالمناقشة إلى موضوع آخر، أو يعطيه قسطاً من الراحة، أو يتناول معه كوباً من الشاى أو القهوة. كما يمكن أيضاً فى هذا الإطار تدريب المريض على مهارات مواجهة القلق مثل التدريب على تمرينات الإسترخاء، أو التحكم فى معدل التنفس، أو التحدث فى موضوعات لاتمثل بالنسبة له أى تهديد.

ومن ناحية أخرى يجب على المعالج أن يجهز أچندة للموضوعات التى عليه أن يتناولها خلال الجلسات وعلى الأخص خلال الجلسات الأولى. وتتضمن مثل هذه الأچندة ما يلى:

- تحديد المشاغل الحالية للمريض والمشكلات التى يعانى منها. ويقصد بالمشاغل كل ما يشغل الفرد.
- تقييم مشكلات المريض بشكل كامل ودقيق.
- وصف عملية العلاج وأهدافها.
- الأمور التى يجب مناقشتها مع المريض.
- العمل من منظور المريض، وهذا يتطلب التعرف على وجهة نظر المريض وإحترام وجهة نظره هذه فى الأحداث المختلفة.
- تدوين الملاحظات بشكل مستمر خلال الجلسات والعمل على الإستفادة منها بقدر المستطاع.

- إنهاء الجلسة؛ ويجب على المعالج أن يخصص آخر خمس أو عشر دقائق فى الجلسة لمراجعة ماتم تناوله خلال تلك الجلسة.

أوجه الشبه والإختلاف بين العلاج المعرفى السلوكى للذهان وللإضطرابات السيكاترية الأخرى:

من الجدير بالذكر أنه كما يستخدم العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الإضطرابات الذهانية فإنه يستخدم كذلك فى علاج العديد من الإضطرابات السيكاترية الأخرى. وقد أثرنا هذه النقطة هنا نظراً لما يرتبط بالذهان من إضطرابات سيكاترية متعددة أشرنا إليها من قبل أثناء تناولنا لطبيعة الإضطرابات الذهانية. وقد ذكرنا عند تناول العلاج المعرفى السلوكى للذهان أن البرامج العلاجية التى يتم إستخدامها لاتكون بمثابة أكلشيه يستخدم مع الإضطرابات الذهانية ومع كل الأفراد، بل إننا لن نكون مبالغين إذا قلنا أن البرنامج العلاجى يتم تفصيله على الحالة التى نتناولها. ومع إرتباط الإضطرابات الذهانية بجملة من الإضطرابات السيكاترية الأخرى نتساءل عما إذا كان يمكننا أن نستخدم نفس الإجراءات فى الحالتين أم لا. وللإجابة على ذلك نقرر أنه على الرغم من وجود تشابه فى التكنيكات المستخدمة مع الإضطرابات الذهانية والإضطرابات السيكاترية الأخرى فإنه يجب على المعالجين القيام بعدد من التغييرات فى التكنيك بما يتلاءم مع طبيعة مشكلات الأفراد الذهانيين. وفى هذا الإطار هناك بعض الجوانب الهامة للمشكلات الخاصة بالذهانيين لها دلالاتها الهامة فى إحداث جملة من التغييرات أثناء تطبيق العلاج المعرفى السلوكى عليهم يمكن إجمالها فيما يلى:

١ - تستخدم التكنيكات المعيارية فى العلاج المعرفى السلوكى بما يتلاءم مع مستوى حدة مشكلات الأفراد الذهانيين حيث تتسم المشكلات المرتبطة بالذهان بأنها مزمنة وأكثر حدة قياساً بتلك التى ترتبط بالإضطرابات السيكاترية الأخرى. ويعرض سكوت (١٩٩٢) Scott لتلك التغيرات التى ينبغى إدخالها على تكنيك العلاج المعرفى السلوكى عند تناول حالات الإكتئاب المزمن فيرى أن

الأسلوب العلاجى المستخدم فى هذا الصدد يجب أن يكون على درجة عالية من التنظيم، ويجب على المعالج أن يستخدم الفنيات العلاجية بأسلوب خلاق ومرن حتى تتلاءم مع تلك التغيرات والتذبذبات التى تنتاب الحالة العقلية للمريض. وقد تتضمن هذه التغيرات أيضاً إستخدام إستراتيجيات معينة، وعدم إستخدام الأجندة بشكل صارم، وقصر مدة الجلسات العلاجية إذا تطلب الأمر ذلك. وعند حدوث إنتكاسة للمريض يحاول المعالج أن يساعده على أن يصر كلاهما على تحقيق التقدم حتى وإن لجأ المعالج إلى أسلوب تطبيق الفنيات المستخدمة خطوة خطوة. وفيما يتعلق بحدة المشكلة فإنه لايمكن فى كثير من الأحيان الإقتصار عند تناول المشكلات المرتبطة بالذهان على العلاج المعرفى السلوكى فقط، بل يتم اللجوء أحياناً بالإضافة إلى ذلك للعلاج الطبى والتأهيل الإجتماعى، كما يتم اللجوء أحياناً أخرى إلى أسلوب العمل المشترك من جانب المعالجين بحيث يشترك أكثر من معالج واحد فى التعامل مع الحالة.

٢ - تتشعب المشكلات المرتبطة بالإضطراب الذهانى، فتبدو على الأفراد الذهانيين أعراض سيكاترية أخرى، ولايتشابه إثنان أو أكثر من المرضى فى تلك الأعراض. وإلى جانب ذلك قد تبدو عليهم أعراض متشابهة ولكنها تنشأ عن عمليات مختلفة كما هو الحال بالنسبة لضلالات الإضطهاد. Persecutory delusions كذلك فالمريض الذى يعانى من البارانويا على سبيل المثال قد تبدو عليه أعراض إكتئابية وقلق وأعراض للوساوس إلى جانب البارانويا، وقد يقرر فى الوقت ذاته وجود مدى كبير من الأعراض الذهانية كاضطراب التفكير، وإضطراب الإدراك أو الهلاوس. وجدير بالذكر أننا نلاحظ فى مثل هذه الحالة وجود عمليات مختلفة تكمن خلف الضلالات التى يعانى منها هذا المريض حيث قد يكون هناك خلل معرفى نفس عصبى يسبب مشكلات فى الإدراك، إضافة إلى وجود مشكلات وجدانية، إلى جانب وجود دفاعات مختلفة.

٣ ـ ترتبط المشكلات الإكلينيكية بوجود خلل معرفى يؤثر بشدة فى القدرة على فهم وتجهيز المعلومات، كما قد يؤثر أيضاً على العديد من الوظائف النفسية إذ قد يتضمن الخلل مشكلات فى الإنتباه، والتركيز، والذاكرة، والتخطيط، ومشكلات فى القدرة على فهم المعلومات الإجتماعية والإنفعالية المعقدة. وقد يعوق ذلك الخلل عملية العلاج بأكثر من وسيلة فلا يستطيع المريض مثلاً أن يجيب حتى على أبسط الأسئلة مثل «كيف حالك الآن؟» أو «لماذا تفعل ذلك؟». ويضيف أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن المريض فى مثل هذه الحالة لايفهم سوى المعنى القريب فقط من الكلام بمعنى أنه لايفهم المقصود منه على وجه الدقة، فعندما نقول مثلاً «من كان بيته من زجاج يجب ألا يقذف الآخرين بالحجارة» نجده يفهم ذلك على أن الشخص الذى يعيش فى بيت من زجاج يجب عليه ألا يقذف الناس بالحجارة. كما أن بعض هؤلاء المرضى قد يعطى إجابة غير واضحة وغير مناسبة لسؤال واضح جداً. وعلى العكس من ذلك قد يتمتع المريض بقدرة لفظية جيدة تغطى على هذا الخلل فينخدع فيها المعالج مما قد يؤثر على سير العملية العلاجية، ولكن يمكن إكتشاف ذلك عندما لايستطيع المريض أن يفهم ما يطلبه منه المعالج، ولا يتذكر الواجب الذى يكلفه به، ويعود باستمرار للتحدث عن موضوع تم الإنتهاء منه من قبل. ويتطلب هذا الخلل من المعالج إجراء تغيير وتعديل فى أسلوب التواصل مع المريض ليعوضه عن مثل هذه المشكلة فيوضح للمريض المشكلات المختلفة ببساطة ووضوح على سبيل المثال فيستخدم إستراتيجية التقديم أو العرض اللفظى البسيط للمشكلة، ويستخدم الأسئلة المباشرة الواضحة والبسيطة، ويلجأ إلى التكرار ما أمكن، وإلى تبسيط المعلومات.

٤ ـ ترتبط المشكلات الإكلينيكية بالحساسية الإنفعالية، وهذا يتطلب من المعالج الحذر من حدوث إثارة إنفعالية عالية عند العمل مع الذهانيين إذ أن ذلك قد يؤدى إلى حدوث نوبة ذهانية، ومع الإستمرار يمكن أن يؤدى إلى حدوث إنتكاسة مما يستوجب الحفاظ على درجة الحرارة الإنفعالية أثناء الجلسات فى

مداها الطبيعى، وهو الأمر الذى يساعد على إتمام عملية العلاج. وعلى ذلك يجب تجنب الفنيات التى تتطلب درجة عالية من الإنفعال مثل الفنيات الجشطلتية.

٥ - ترتبط المشكلات الإكلينيكية بنقص الثقة فى المعالج وإساءة تفسير مايقصد. ومن هذا المنطلق يشعر العديد من الذهانيين بمشكلات كثيرة تتعلق بالثقة فى الآخرين، كما قد تتكون لديهم بعض الإعتقادات البارانوية حول المعالج. وهنا يجب التعامل مع مثل هذه المشكلات بصراحة تامة ولايتم تجاهلها، ويجب الإهتمام بإقامة علاقة علاجية مع المريض مع تصحيح إعتقاداته المشوهة حول هذه العلاقة.

٦ - ترتبط المشكلات بالأفكار المتعلقة بالضلالات، وجدير بالذكر أنه إذا كانت بعض الإضطرابات السيكاترية الأخرى كالإكتئاب مثلاً ترتبط بأفكار مشوهة عن العالم فإن تشويهات الواقع فى حالة الإضطرابات الذهانية تكون مصحوبة بمستويات عالية من الإعتقاد فيها والإنشغال بها، كما تصل مثل هذه التشويهات إلى حد مبالغ فيه وتؤدى بالتالى إلى رؤية مختلفة عن العالم. ومن ثم فإن عملية العلاج يجب أن تهتم بملأ الفراغ الذى قد ينشأ بين رؤية المعالج ورؤية المريض للعالم وخاصة فى المراحل الأولى من العلاج. ويجب فى هذا الإطار إحترام وجهة نظر المريض وإقناعه بأنه لن يتم الضغط عليه حتى يقبل وجهة نظر المعالج. ثم يعمل المعالج بعد ذلك على معرفة الأسباب التى تكمن خلف إعتناق المريض لتلك الإعتقادات حتى يتم التعرف على طبيعة مشكلاته من خلال علاقة تعاونية تجمعهما معاً.

٧ - عند إستخدام الفنيات التقليدية كتلك التى تستخدم فى علاج الإكتئاب أو إضطرابات الشخصية وذلك فى علاج الإعتقادات الذهانية المختلة وظيفياً وما يرتبط بها من هلاوس وضلالات وغيرها تواجهنا ثلاث مشكلات أساسية هى:

أ ـ أن العديد من الذهانيين مثلهم فى ذلك مثل من يعانون من إضطرابات فى الشخصية لايستطيعون وصف مشاعرهم وأفكارهم الأوتوماتيكية المرتبطة بخبراتهم الذهانية، وقد ينكرون ذلك فى بعض الحالات وخاصة فيما يتعلق بالضلالات.

ب ـ أن بعض المرضى قد يقاومون بشدة التحرى المباشر عن مشاعرهم، وقد يجدون أن ما يتبع مع حالات الإكتئاب من أسئلة مباشرة مثل: «صف ما تشعر به» أو «صف لنا ما يدور فى ذهنك» يعد بمثابة أمر مهدد لهم.

جـ ـ أن المرضى الذهانيين يرفضون فكرة وجود علاقة مباشرة بين التفكير والمشاعر وهو ما يعد أساساً للعلاج. وقد ينكرون أيضاً التقييم الذاتى السالب أو الأفكار المختلة وظيفياً أو أن مثل هذه الأفكار تعد هى السبب الرئيسى وراء سوء التفسير والعزو وذلك بدلاً من أن يتقبلوها على أنها حقائق واضحة فى حد ذاتها.

الفنيات العلاجية المعرفية السلوكية للذهان

يمكن إستخدام عدد من الفنيات والإستراتيجيات العلاجية لتخفيف حدة شعور المريض بالهم والكرب واليأس المرتبط بأعراضه الذهانية. ومن الأعراض الذهانية المستهدفة بالعلاج التأويلات البارانوية، والهلاوس، والإندفاعات، ومشاعر العجز وإنهزام الذات، وإذاعة الأفكار، وغيرها. ويتم التركيز خلال العلاج على مثل هذه الأعراض والمشاغل لأنها هى التى تسبب الكرب والعجز.

وهنا نوصى باستخدام عدد من الإستراتيجيات والفنيات المعرفية السلوكية التى يجب أن تستخدم بمرونة والتى تساعد فى تنظيم الذات (أو إستراتيجيات المواجهة) من جانب العديد من المرضى مثل أخذ علاج طبى إضافى، وتحجيم الإنسحاب الإجتماعى، وفهم الذات والعالم، وفهم طبيعة المرض وأعراضه وذلك من خلال التعليم النفسى Psychoeducation وضبط النفس Self - Control.

ويحدد براير وستروس (١٩٨٣) Breier & Strauss ثلاث فئات منفصلة لهذه

الإستراتيچيات هى التعليم الذاتى Self - instruction وتقليل الإشتراك فى الأنشطة، وزيادة الإشتراك فى الأنشطة. أما تاريار (١٩٩٢) Tarrier فيصنف هذه الإستراتيچيات فى أربعة فئات هى:

١ ـ إستراتيچيات معرفية، مثل تحول أو تشتيت الإنتباه.

٢ ـ إستراتيچيات سلوكية، كزيادة أو تقليل مستويات النشاط.

٣ ـ إستراتيچيات تعديل المدخل الحسى، مثل الإستماع إلى الموسيقى خاصة مع الهلاوس السمعية وذلك باستخدام سماعات للأذن.

٤ ـ إستراتيچيات فسيولوچية، مثل الإسترخاء.

ومن الجدير بالذكر أن هذه الإستراتيچيات يزداد إستخدامها مع الهلاوس والضلالات. إلا أنه يمكننا أن نستخدم عدداً من الإستراتيچيات والفنيات الأخرى فى هذا الصدد مثل مراقبة الذات Self - monitoring، والتدريب على بعض المهارات مثل التدريب على الإسترخاء، وجداول المهارات، وفقد الحساسية المنظم، والتدريب على السلوك التوكيدى، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتعليم الذاتى، وضبط التفكير. وتستخدم مثل هذه الإستراتيچيات كما يرى هاوتون وآخرون (١٩٨٩) Hawton et. al فى ضبط النفس. وهناك من الفنيات والإستراتيچيات الأخرى ما يمكن إستخدامه أيضاً مثل تخطيط النشاط وذلك حتى نتجنب مصادر معينة للضغوط، والتدخل المباشر وذلك لتخفيف آثار الأحداث الضاغطة. ومن أمثلة التدخل المباشر التدريب على فقد الحساسية لمصادر الضغوط، والتعريض المتدرج للموقف الحقيقى.

ويمكن فى حالة الهلاوس السمعية إستخدام مراقبة الذات، وتشتيت الإنتباه كأن نطلب من المريض مثلاً أن يقرأ شيئاً ما بصوت مرتفع، أو يدندن، أو يكرر أشياء معينة نطلبها منه وذلك بصوت مرتفع. كما يمكن إستخدام وقف الأفكار، ورفع الروح المعنوية للمريض، وبث ثقته بنفسه فيه. ويرى شادويك وبرشوود

(١٩٩٤) Chadwick & Birchwood أن هذه الإستراتيجيات إضافة إلى فنية الطرح أى طرح هذه الأصوات من جانب المريض ومناقشتها معه أثناء الجلسات تعد ذات أهمية كبيرة فى هذا المجال. وإستخدم وليامز (١٩٩٢) Williams إستراتيجية تقليدية فى علاج الأصوات التى يسمعها المريض متبعاً فى ذلك خطوات بيك حيث كان يطلب من المريض أن يقوم بتسجيل وكتابة الأصوات التى يسمعها، ثم يبدأ بعد ذلك فى التعامل معها على أنها أفكار أوتوماتيكية سلبية. كما كان يستخدم الحوار السقراطى Socratic dialogue مع المريض فى هذا الصدد ويسأله عما يعتقد أن الآخرين قد يفكرون فيه. وفى هذا محاولة من جانب المعالج كى يجعل المريض يضع نفسه موضع شخص آخر فيلعب دوره ويفكر فى الأمور من هذا المنطلق. وهذا قد يساعده بطبيعة الحال على أن يبدأ الشك فى حقيقة تلك الأصوات والإعتقادات، وأن يبدأ البحث عن أفكار بديلة بعيداً عن تلك الأفكار التى تحقق من عدم جدواها.

وفيما يتعلق بالإندفاعات والمشاعر الإنتحارية يمكن الإستفادة من إتجاه لاينهان (١٩٩٣) Linehan فى السيطرة على الأفكار الإنتحارية المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية borderline والذى يقوم على إستخدام عدد من المهام إلى جانب العلاج بالعقاقير. ومن هذه المهام ما يلى:

١ - تحديد السلوك المستهدف بدقة والقيام بتحليل معرفى سلوكى للأحداث وما يترتب عليها من نتائج.

٢ - الوصول إلى إتفاق مع المريض حول مدى حاجته إلى ضبط سلوكه، وتوضيح مزايا ضبط هذا السلوك بالنسبة له كتقليل القيود التى تعوقه عن أداء عمله، والقدرة على القيام بوظيفة معينة، ومعاملته من جانب الأخصائيين والأقارب والآخرين على أنه مسئول عن هذا السلوك.

٣ - التحليل المعرفى السلوكى للأحداث وما يترتب عليها من نتائج حتى نحدد بؤرة الإهتمام فى التدخل العلاجى حيث نجد أن الإندفاعات عاة ما تسبق

الإنفعالات الحادة، وهذا يسبب الأفكار المتعلقة بالضلالات المختلفة ويزيد من حدتها.

٤ ـ مساعدة المريض على أن يواجه الأصوات والإندفاعات بعقلانية، وأن يسيطر على تلك الإندفاعات.

ومن ناحية أخرى تعمل إستراتيجيات التدريب المعرفى السلوكى على مساعدة المريض كى يؤدى شيئاً ما وذلك بدلاً من مجرد التخفيف من حدة العرض فى حد ذاته، وهو ما يعود عليه بالفائدة. ومن هذا المنطلق يمكننا أن نعمل على تعويده أن يذهب للسينما مثلاً مرة كل أسبوع، أو يذهب ليتسوق ويقضى حاجياته بنفسه، أو يأتى للعيادة بشكل منتظم. وهذا يساعده بطبيعة الحال على أن يقوم بتحديد أهداف معينة لنفسه ويعمل على تحقيقها.

وبعيداً عن الفنيات المستخدمة لتدعيم التنظيم الذاتى وهى تلك التى أشرنا إليها سلفاً فى بداية حديثنا عن الفنيات العلاجية هناك إستراتيجية أخرى على درجة كبيرة من الأهمية تستخدم فى خفض حدة الكرب والعجز المرتبط بالأعراض الذهانية تتضمن العمل مع المريض على تطوير فهم مشترك لطبيعة إضطرابه الذهانى مما يساهم فى فهمه لخبراته المختلفة، ويوفر له الأساس اللازم كى يقوم بإعادة تفسير أعراضه وعزوها إلى أسبابها الحقيقية مما يخفف من مشاعر الذنب ولوم الذات التى قد يشعر بها تجاه بعض الأفعال، كما قد يخفف أيضاً من شعوره بالفشل. ومع ذلك يمكن الإستفادة منها أيضاً فى التنظيم الذاتى حيث تساعد المريض على أخذ العلاج الطبى، وتجنب مصادر معينة للضغوط، وتحديد أهداف واقعية يعمل على تحقيقها. وتعتمد هذه الفنية على ما يعرف بالتعليم النفسى Psychoeducation ولكننا نعتمد فى تقديم هذه الفنية على سمات العميل حتى يمكن الإستفادة من ذلك فى تقديم المعلومات المناسبة له حول طبيعة مرضه والأعراض التى تبدو عليه. وهناك عدد من العناصر يجب أن نضعها فى الإعتبار عند إستخدام هذه الفنية نوردها كما يلى:

١ ـ تحديد خبرات العميل المستهدفة كالأصوات، وسحب الأفكار، والإدراكات الشاذة، إلى جانب الإعتقادات المرتبطة بالضلالات.

٢ ـ تحديد الإعتقادات التى يعتنقها العميل حول هذه الخبرات والتى قد ترتبط بالضلالات وقد لاتكون كذلك.

٣ ـ تحديد مدى إهتمام العميل وإنشغاله بمثل هذه المظاهر ومدى تأثيرها عليه وعلى ما يصدر عنه من سلوكيات.

٤ ـ قياس الحالة الوجدانية للعميل، وتقديره لذاته، وجوانب مختارة من أدائه المعرفى، ثم مناقشة ذلك معه وتوضيح ما يمكن أن تتركه عليه من آثار حتى يتم وضع أهداف لها والعمل على تحقيقها.

وإلى جانب ذلك فهناك فنيات أخرى يمكن إستخدامها والإستفادة منها فى هذا الصدد مثل إعادة تشكيل reframing الخبرة الذهانية وذلك حتى تقل حدة الكرب ويبدأ المريض فى تطوير أساليب جديدة لفهم خبراته الذهانية من أصوات، وهلاوس، وضلالات، وإدراكات شاذة، وغيرها. وهنا يحاول المعالج أن ينقل له ثلاثة أفكار أو موضوعات أساسية هى:

أ ـ قد يكون هناك تفسير منطقى لما يبدو له كخبرات غريبة مثل ما يحدث من إساءة تفسير الإستجابة الجسمية العادية أو إحتمال أن تنتج تلك الخبرات عن خداع الإدراك.

ب ـ على الرغم من أن مثل هذه الخبرات تعد غير سارة فإنها فى حد ذاتها لايجب أن تكون بالضرورة خطيرة أو تسبب تهديداً له.

جـ ـ أن العديد من الأفراد سواء كانوا ذهانيين أو من العينات غير الإكلينيكية يمرون بمثل هذه الخبرات، وهذا من شأنه أن يجعل تلك الخبرات أقل تهديداً له.

ومن جانب آخر قدم يونج (١٩٩٠) Young أسلوباً أو إستراتيجية جديدة فى العلاج المعرفى السلوكى تعرف بالعلاج المتمركز حول البنية العقلية المعرفيةSchema

Centered therapy - يرى من خلالها أنه يجب عند العمل مع الأفكار والإعتقادات المختلة وظيفياً حول الذات وحول الآخرين أن نقوم بتحديد مثل هذه الأفكار والإعتقادات وتوضيحها أولاً، ثم نعمل على تعديلها بعد ذلك باستخدام إستراتيجيات معينة خلال جلسات العلاج كمناقشة تلك الأفكار والإعتقادات مثلاً، ونعمل بعدها على تعديل خبرات المريض عنها، وتخطيط الأنشطة اللازمة لهذا التعديل مما يساعده على مواجهتها. ومن الإستراتيجيات الأخرى التى يمكن إستخدامها فى هذا الصدد إعادة التأهيل النفسى، ولعب الدور.

كذلك قام تاريار وآخرون (١٩٩٢) Tarrier et. al بتطوير إتجاه يعرف بتعزيز إستراتيجية المواجهة Coping Strategy Enhancement (CSE) يتضمن عدداً من الخطوات على النحو التالى:

- تقييم الأعراض الذهانية لدى المريض.
- العمل مع المريض على تطوير إستراتيجية معينة للمواجهة لكل عرض ذهانى، ويتم التعامل مع كل عرض على حدة.
- تنفيذ البرنامج العلاجى فى عشر جلسات علاجية على مدى خمسة أسابيع.
- إستخدام فنيات معرفية وأخرى سلوكية.

دراسات تطبيقية

إستخدم فاولر ومورلى (١٩٨٩) Fowler & Morley العلاج المعرفى السلوكى لعلاج خمس حالات يعانون من هلاوس وضلالات مزمنة. وتضمن البرنامج العلاجى عشر جلسات على مدى ثلاثة شهور. وتم التركيز خلاله على محاولات تعديل إعتقادات المريض حول الأصوات التى يسمعها، كما إستخدمت إستراتيجية التنظيم الذاتى. وكشفت النتائج عن تحسن تام لأحد المرضى وإختفاء الهلاوس تماماً. وإستطاع ثلاثة آخرون السيطرة على ما يسمعونه من هلاوس مع إنخفاض كبير فى حدة المشاعر السلبية التى ترتبط بأعراض الهلاوس. وهى تغيرات بطبيعة الحال لها دلالتها ومغزاها الإكلينيكى. كما كشفت النتائج أيضاً عن حدوث العديد

من التغيرات نتيجة للعلاج، منها تغيرات فى الأداء الوظيفى مثل القدرة على قراءة الكتب، ومشاهدة التليفزيون، وحضور المواقف الإجتماعية المختلفة والمشاركة فيها. وأوضحت الدراسة التتبعية إستمرار هذه التغيرات لمدة عام بعد إنتهاء البرنامج العلاجى. وكشفت دراسة بيريز (١٩٨٩) Perris التى أجراها على ثلاثين مريضاً من مرضى الفصام لم يكمل تسعة منهم البرنامج العلاجى، وإستخدم خلالها إستراتيجية التنظيم الذاتى، وتحديد الإعتقادات والأفكار السلبية المرتبطة بالهلاوس، عن أن هذا الأسلوب العلاجى له فاعليته حيث أدى إلى تحسن دال فى الأداء الإجتماعى لهؤلاء المرضى ظهر واضحاً فى علاقاتهم الإجتماعية. وهو ما أكدته الدراسة التتبعية لهم والتى إستمرت ثلاث سنوات. كما نوصل بيشاى وآخرون (١٩٨٩) Bishay et. al باستخدام نفس أسلوب العلاج المعرفى السلوكى للإكتئاب الشديد، وتضمن مناقشة الأفكار الأوتوماتيكية السلبية والإفتراضات المختلة وظيفياً لدى أحد عشر مريضاً ممن يعانون من ضلالات الغيرة، وتوصلوا إلى حدوث تحسن دال إختفت معه تلك الضلالات وذلك لدى عشرة من هؤلاء المرضى الأحد عشر.

ويرى نيلسون وآخرون (١٩٩١) Nelson et. al أن إستخدام إستراتيجيات المواجهة له آثار دالة وفعالة على الرغم من كونها محدودة وذلك فى دراستهم التى أجروها على عينة ضمت تسعة عشر مريضاً يعانون من هلاوس سمعية مزمنة، وإستخدموا ثلاث إستراتيجيات علاجية هى:

١ ـ مصم للأذن earplug لسدها.

٢ ـ صرف الإنتباه، وذلك عن طريق موسيقى يسمعها المريض من خلال سماعات يضعها فوق رأسه وأذنيه. headphones

٣ ـ العد المتكرر. repetitive Counting

وتم الحكم على مدى فاعلية هذا البرنامج عن طريق التقارير الذاتية للمرضى حيث قرر خمسة منهم حدوث تحسن عام لهم، وقرر إثنان إختفاء الهلاوس نهائياً.

كذلك فقد قرر ١٦ مريضاً أن البرنامج قد عاد عليهم بفائدة كبيرة، فى حين قرر أحد عشر مريضاً أنهم سوف يستمرون فى إستخدام تلك الإستراتيجيات بعد إنتهاء العلاج نظراً للتحسن الذى طرأ عليهم.

وقام كنجدون وتوركنجتون (١٩٩١) Kingdon & Turkington باستخدام أسلوبين علاجيين هما تعديل الخبرات لتصبح سوية، وإعادة العزو وذلك على عينة ضمت ٦٤ مريضاً من مرضى الفصام المترددين على المستشفى كعلاج مقنن. وبعد إعطاء معلومات للمرضى عن طبيعة أعراضهم الذهانية، قيل لهم أن الخبرات الذهانية التى يعانون منها يمكن أن يعانى منها أناس آخرون غيرهم، وقد تستمر تلك الخبرات حتى بعد تعديلها لتصبح سوية، وبالتالى لايجب بالضرورة أن تكون خبرات خطيرة أو مهددة أى ليست مأسوية. وتم إستخدام إجراءات معرفية سلوكية تتمثل فى أساليب التركيز focusing وتعديل الأفكار والإعتقادات، وإدارة القلق أو السيطرة عليه anxiety management والتدريب على المهارات. وكشفت النتائج عن فاعلية هذا البرنامج العلاجى حيث تغيرت التفسيرات التهديدية للأعراض الذهانية، وقلت المخاوف المرتبطة بها.

ولاحظ فاولر (١٩٩٢) Fowler أن الأفكار والإفتراضات المختلة وظيفياً والتى تتعلق بموضوعات عدم القيمة، والكراهية، والشر، والتهديد المدرك من الآخرين كانت موجودة لدى سبعة من تسعة عشر مريضاً من مرضى الفصام أجرى دراسته هذه عليهم. وكانت الإعتقادات التى تتعلق بتلك الموضوعات لدى كل حالة من هذه الحالات تنعكس فى محتوى أو موضوعات الإعتقادات الضلالية. ولاحظ أنه قد تم بنجاح إستخدام برنامج العلاج المعرفى السلوكى الذى يتألف من إثنتين وعشرين جلسة علاجية إستمرت لمدة عام تم خلاله مناقشة مثل هذه الإعتقادات وعرض بدائل تخفف بدرجة كبيرة من التفكير الدال على إنهزام الذات وذلك مع خمس حالات، وأدى أيضاً إلى حدوث تحسن ملحوظ لديهم وتغير دال فى أدائهم على مقاييس الأعراض الذهانية وما يرتبط بها من إكتئاب وقلق إجتماعى. كما

لاحظ أيضاً أن خمسة مرضى قد حدث لديهم تحسن دال كما يتضح من أدائهم على إختبارات الأعراض المرضية، فى حين إنسحب خمسة آخرون ولم يكملوا العلاج. ويرى سميث وآخرون (١٩٩٢) Smith et. al فى دراستهم التى إستخدموا فيها إستراتيچية التعليم النفسى Psychoeducation من خلال محاضرات ومناقشات مع مرضى الفصام إستمرت أربع جلسات وتضمنت الموضوعات التالية:

أ ـ مفهوم الفصام.

ب ـ أعراض الفصام.

جـ ـ العلاج والعقاقير اللازمة.

د ـ الحجز بالمستشفى أو العلاج خارج المستشفى.

وفى إختبار تم إجراؤه بعد البرنامج العلاجى إتضح زيادة معلومات المرضى عن الفصام. وأوضحت النتائج أن العلاج كان له أثره على بصيرة المريض وتعاونه خلال البرنامج العلاجى، وأنه كان يتم إستيعاب المعلومات الملقاة على المرضى إذا كانت تتصل فقط بإعتقاداتهم التى يعتنقونها أو بأعراضهم الذهانية التى تتضمن الضلالات بطبيعة الحال. كما إتضح أن البرنامج المستخدم قد ساهم بقدر كبير فى حدوث تحسن فى حالة المرضى وفى إختفاء العديد من أعراضهم الذهانية.

وأجرى تاريار وآخرون (١٩٩٣) Tarrier et. al دراسة على عينة من مرضى الفصام ضمت ٢٧ مريضاً تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات؛ إثنتين تجريبيتين (علاجيتين) والثالثة ضابطة، وقارنوا فى هذه الدراسة بين مدى فاعلية إستراتيچيتين علاجيتين؛ تتمثل الأولى فى تعزيز إستراتيچية المواجهة CSE والثانية فى حل المشكلات PS. وتضمنت إستراتيچية حل المشكلات تعليم المرضى إستخدام مجموعة من الأساليب العامة لحل المشكلات تتعامل مع مشكلات إجتماعية كالتفاعلات بين الشخصية على سبيل المثال. أما تعزيز إستراتيچية المواجهة كاستراتيچية علاجية فهى تلك التى قدمها تاريار Tarrier عام ١٩٩٢ والتى تناولناها من قبل. وتم تطبيق إستراتيچية واحدة مع كل مجموعة علاجية.

وكشفت النتائج عن حدوث نقص كبير فى الأعراض الذهانية لدى أفراد المجموعتين العلاجيتين قياسا بأفراد المجموعة الضابطة والذين لم يحدث لهم أى تحسن. كذلك فقد أثبتت النتائج أن إستراتيجية التعزيز CSE أفضل فى فاعليتها العلاجية من إستراتيجية حل المشكلات حيث كانت نسبة التحسن لدى المرضى الذين يستخدمونها ٦٠% فى مقابل ٢٥% للمرضى الذين كانوا يستخدمون إستراتيجية حل المشكلات. ووجد هادوك وآخرون (١٩٩٣) Haddock et. al أن العلاج المعرفى السلوكى له فاعليته فى علاج الهلاوس حيث كشفت النتائج عن إنخفاض حدة الهلاوس لدى أفراد العينة مع إختفائها تماماً لدى بعض المرضى الذين خضعوا للبرنامج العلاجى، وذلك فى دراستهم التى إستخدموا فيها إستراتيجية التركيز Focusing لخفض تكرار الأصوات التى كان يسمعها هؤلاء المرضى وما يرتبط بها من مشاعر سلبية وذلك عن طريق إعادة العزو التدريجى لتلك الأصوات إلى الذات. وتضمن البرنامج العلاجى خليطاً من مراقبة الذات Self - monitoring وأساليب تشجيع المرضى على إعادة عزو الأصوات التى يسمعونها، وفقد الحساسية للقلق الذى تسببه تلك الأصوات، إضافة إلى مناقشة كيفية السيطرة على مشكلات المرضى.

وأوضحت نتائج الدراسة التى أجراها موريسون (١٩٩٤) Morrison على سيدة فى الثامنة والثلاثين من عمرها تعانى من هلاوس سمعية مستخدماً فنيات التعليم النفسى، وإعادة البناء المعرفى، وصرف الإنتباه أن تكرار حدوث الهلاوس السمعية قد قل بدرج دالة، وقل معها الشد العصبى المصاحب، كما قل أيضاً إعتقاد الحالة فى مدى واقعية مثل هذه الهلاوس. وفى الدراسة التى أجراها شادويك ولاو (١٩٩٤) Chadwick & Lowe وإعتمدا فيها على تغيير الإعتقادات والأفكار المشوهة لدى عينة ضمت إثنى عشر مريضاً ممن يعانون من الضلالات كشفت النتائج عن حدوث قدر كبير من الإنخفاض فى الإعتقاد فى أفكار معينة ترتبط بتلك الضلالات لدى عشرة من هؤلاء المرضى، فى حين إختفت الضلالات نهائياً لدى خمسة منهم. وقد بدأ البرنامج العلاجى بتقييم للأعراض الذهانية للمرضى

ومناقشة هذه الأعراض، ثم عرض تفسيرات بديلة لها. وفى بعض الحالات كان يتم تشجيع المريض على القيام باختبار سلوكى للواقع وذلك بخصوص الأفكار والإعتقادات. وإستغرقت جلسات العلاج عشرين جلسة. وأوضحت نتائج الدراسة التتبعية لهؤلاء المرضى بعد مرور ستة شهور من العلاج إستمرار أثر التغيرات فى الأفكار والإعتقادات فى خفض حدة الضلالات لديهم وإستمرار تحسنهم. وفى دراستهم التى أجروها على مجموعة من مرضى الفصام الذين يعانون من الضلالات قوامها إثنا عشر مريضاً يستخدمون العلاج المعرفى السلوكى ومقارنتهم مع مجموعة أخرى ضمت سبعة مرضى كمجموعة ضابطة يستخدمون العلاج بالعقاقير، وإستغرق البرنامج العلاجى ست عشرة جلسة على مدى ستة أشهر وإستخدموا خلاله أسلوب التعليم النفسى الذى يقوم على إعطاء معلومات للمرضى عن طبيعة مرضهم وأعراضه وجد جاريتى وآخرون (١٩٩٤) .Garety et al أن هذا الأسلوب العلاجى قد أدى إلى حدوث تغيرات فى العلاقة العلاجية مع المعالج، وفى بعض الأفكار والإعتقادات لدى بعض هؤلاء المرضى أدت إلى حدوث نقص فى الضلالات لديهم وفى الأعراض المرضية والإكتئاب قياساً بالمجموعة الضابطة مع وجود فروق فى المشاعر السلبية والعجز المدرك ومدى الإنشغال بالإعتقادات المرتبطة بالضلالات وذلك بين المجموعتين. إلا أن الفروق بين المجموعتين مع ذلك لم تكن دالة، وقد أرجع هؤلاء الباحثون ذلك إلى أن عدداً من المرضى بالمجموعة الضابطة كانوا يتلقون علاجاً بالعقاقير قبل بدء البرنامج العلاجى مع المجموعة التجريبية. وهذا بطبيعة الحال يعد خطأ تجريبياً لم يتمكن هؤلاء الباحثون معه من إحداث التجانس المطلوب بين المجموعتين قبل بداية البرنامج العلاجى، وهذا من شأنه أن يؤثر على النتائج.

وفى دراسة أخرى أجراها هادوك وآخرون (١٩٩٦) Haddock et. al على تسعة عشر مريضاً ممن يعانون من الهلاوس تم تقسيمهم إلى مجموعتين تضم الأولى عشرة مرضى يستخدمون أسلوب التركيز Focusing أى تجاهل تلك الهلاوس والتركيز على موضوع آخر، بينما تضم المجموعة الثانية تسعة مرضى يستخدمون

أسلوب صرف الإنتباه. وتضمن البرنامج العلاجى لكلا المجموعتين ثمانى عشرة جلسة على مدى ستة شهور. وقد أثبتت نتائج هذه الدراسة أن أفراد المجموعة الأولى الذين كانوا يستخدمون أسلوب التركيز قد أظهروا تحسناً على العديد من المقاييس تضم إستخبارات للشخصية لتحديد مدى مساهمة الهلاوس فى حدوث إضطرابات مختلفة لهم فى حياتهم، ومدى تكرار تلك الهلاوس. كما لم يحدث أى تغير فى الإنفعالات السلبية المرتبطة بالهلاوس، أو فى القلق أو الإكتئاب. بينما أدى أسلوب صرف الإنتباه إلى تخفيض المشاعر السلبية المصاحبة للهلاوس وخفض تكرارها. وبذلك نجد أن كلا الأسلوبين لهما فاعلية فى علاج الهلاوس وإن كان أحدهما هو الأكثر فاعلية، إلا أن هذين الأسلوبين يعتبران من الأساليب المستخدمة فى العلاج المعرفى السلوكى، وهذا يعنى أن له فاعليته فى علاج الهلاوس.

تعليق عام

من العرض السابق لإستخدام العلاج المعرفى السلوكى مع الإضطرابات الذهانية نلاحظ أن الإهتمام بهذا المجال قد إزداد زيادة كبيرة كما يعكسه زيادة عدد الدراسات التى تناولته ومدى ماحققته من نجاح فى هذا الصدد على الرغم من أن تطبيق هذا الأسلوب العلاجى على الذهانيين يعد تطوراً حديثاً نسبياً.

ويتضح من خلال إستعراضنا للتراث السيكلوجى والسيكاترى حول هذا الموضوع تعدد التكنيكات المستخدمة فى العلاج المعرفى السلوكى، وربما يرجع ذلك إلى خصائص المرضى الذين أجريت عليهم تلك الدراسات. ومن الملاحظ أن هذه الدراسات قد تناولت أعداداً صغيرة من المرضى، كما أن بعضها قد إهتم بالتأكيد على وتقييم جوانب معينة من العلاج المعرفى السلوكى فركز هادوك وآخرون Haddock et. al (١٩٩٣) مثلاً على علاج الهلاوس، وركز سميث وآخرون Smith et. al (١٩٩٢) على التعليم النفسى والذى يعتبر بمثابة إستراتيجية علاجية تقوم على إعطاء العملاء المعلومات الكافية عن المرض الذى يعانون منه وجعلهم

على دراية تامة بطبيعته والأعراض التى تميزه، وركز شادويك ولاو Chadwick & Lowe (١٩٩٤) على تعديل الإعتقادات الخاطئة، وتناول نيلسون وآخرون (١٩٩١) Nelson et. al وتاريار وآخرون (١٩٩٣) Tarrier et. al إستراتيجيات المواجهة للأعراض الذهانية، وإستخدام بيريز (١٩٨٩) Perris إجراءات العلاج المعرفى السلوكى على مرضى الفصام من خلال العلاج الجماعى.

كذلك فقد أوضحت هذه الدراسات فى علاجها للهلاوس والضلالات إستخدام عدد من الإستراتيجيات مثل مراقبة الذات، والإنصات، وتعديل الأفكار والإعتقادات، وخفض حدة القلق عن طريق التحصين التدريجى وفقد الحساسية، وصرف الإنتباه عن طريق الإستماع إلى الموسيقى من خلال سماعات headphones وتركيز الإنتباه. وإستخدم كل من تاريار (١٩٩٢) Tarrier وفاولر ومورلى (١٩٨٩) Fowler & Morley خليطاً من إستراتيجيات المواجهة السلوكية وتلك التى تعتمد على إعادة البناء المعرفى. وإستخدم تاريار وآخرون (١٩٩٣) Tarrier et. al إستراتيجية حل المشكلات إلى جانب تعزيز إستراتيجية المواجهة CSE التى قدمها عام ١٩٩٢. هذا إلى جانب إستخدام عدد آخر من الإستراتيجيات فى بعض الدراسات مثل أساليب التنفير، والتعليم الذاتى، ووقف التفكير.

وقد أكدت هذه الدراسات على فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى التخفيف من حدة الإضطرابات الذهانية المختلفة، والإستخدام الناجح لإجراءات هذا العلاج فى تعديل مدى واسع من الخبرات والأنماط السلوكية المرتبطة بالذهان والمتعلقة أساساً بالهلاوس والضلالات. كما أكدت أيضاً على فاعليته فى التخفيف من إضطراب التفكير. ولكن مع ذلك يؤخذ على هذه الدراسات أنها حاولت أن تعدل جانباً واحداً فقط من جوانب الخبرة الذهانية كالهلاوس أو الضلالات مثلاً ولم تتطرق إلى الجوانب الأخرى المتضمنة فى تلك الخبرة، كما لم تقدم دليلاً على ما إذا كان تغيير مثل هذه الجوانب له أثره على الإضطراب الذهانى ككل أم لا. وقد يرجع ذلك إلى أن إستخدام هذا الأسلوب العلاجى مع الأفراد الذهانيين لايزال فى

مرحلة مبكرة نسبياً مما يجعله يحتاج إلى مزيد من التوضيح والتأييد. وإذا كانت الدراسات التى أجريت للآن قد أثبتت فعاليته مع أفراد هذه الفئة إلى حد كبير فإنه لاتوجد هناك أدلة على إستخدامه بنجاح مع مجموعات كبيرة من المرضى حيث إستخدمت هذه الدراسات مع عينات صغيرة من المرضى. كذلك فالمدة التى يستمر فيها البرنامج العلاجى مع هؤلاء المرضى يجب ألا تقل عن عام كحد أدنى (متضمناً دراسة تتبعية مدتها ستة شهور) وذلك حتى تكون نتائجه فعالة بدرجة كبيرة. وإن كانت نتائج الدراسات التى أجريت للآن فى هذا المجال تكشف عن أن العلاج المعرفى السلوكى مع هذه الفئة من المرضى يبشر بنتائج طيبة، وبالتالى يستحق المتابعة والتطوير..

* * *

الفصل الحادى عشر

التخلف العقلى

التخلف العقلى

يصنف التخلف العقلى mental retardation فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية- DSM IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) ضمن إضطرابات المحور الثانى (axis II) وهو من الإضطرابات التى تبدأ خلال مرحلة المهد أو الطفولة. ويكون الأداء العقلى للطفل دون المتوسط حيث تبلغ نسبة ذكائه حوالى ٧٠ أو أقل وذلك على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال، وعادة مايكون مصحوباً بخلل فى السلوك التكيفى وذلك خلال سنوات النمو حيث لايصل الطفل إلى المعايير السلوكية المتوقعة من الأطفال فى مثل سنه وفى جماعته الثقافية وذلك فى إثنين على الأقل من المجالات التالية:

التواصل - العناية بالنفس - الفاعلية فى المنزل - المهارات الإجتماعية أو بين الشخصية - الإستفادة من موارد المجتمع وإستغلالها - التوجيه الذاتى - المهارات الأكاديمية - العمل - الفراغ - الصحة - الأمان.

ويتحدد مستوى التخلف العقلى بناء على درجة شدته، ويميز DSM - IV بين أربعة مستويات للتخلف العقلى، هى:

١ - التخلف العقلى البسيط: mild وتتراوح نسبة الذكاء بين ٥٠ - ٥٥ تقريباً إلى حوالى ٧٠.

٢ - التخلف العقلى المتوسط: moderate وتتراوح نسبة الذكاء بين ٣٥ - ٤٠ تقريباً إلى حوالى ٥٠ - ٥٥

٣ ـ التخلف العقلى: الشديد: Severe وتتراوح نسبة الذكاء بين ٢٠ ـ ٢٥ تقريباً إلى حوالى ٣٥ ـ ٤٠

٤ ـ التخلف العقلى الشديد جداً: profound وتكون نسبة الذكاء أقل من ٢٠ أو ٢٥.

العلاج المعرفى السلوكى للمتخلفين عقلياً

تعد فئة ذوى الإعاقة العقلية (المتخلفين عقلياً) من أكثر الفئات التى لم تتلق أى إهتمام من قبل فى التطبيق الإكلينيكى للعلاج المعرفى السلوكى. وربما يرجع ذلك إلى أن أعضاء هذه الفئة تنقصهم الكفاءة العقلية والقدرة على التنظيم الذاتى Self-regulation وبالتالى فالإهتمام بهذه الفئة وإتساع نطاق تطبيقات العلاج المعرفى السلوكى عليها يمثل تطوراً جديداً لكل من العلاج المعرفى السلوكى والإهتمام بأعضاء هذه الفئة إذ يعد تطبيق هذا الأسلوب العلاجى على ذوى الإعاقة العقلية من الإتجاهات الحديثة فى هذا المجال بدأ فى نهاية الثمانينيات وإزدهر خلال التسعينيات، وإزدادت الدراسات التى تناولته زيادة كبيرة تعكس هذا الإهتمام المتزايد.

ومن الجدير بالذكر أن أعضاء هذه الفئة يتسمون باختلال الأداء الوظيفى المعرفى، وفى هذا الإطار يميز كندول (١٩٨٥) Kendall فيما يتعلق بالعمليات المعرفية والمحتوى المعرفى بين العجز المعرفى والتشويهات المعرفية كنمطين من إختلال الأداء الوظيفى المعرفى، يشير النمط الأول منهما (العجز المعرفى) إلى مشكلات فى الأداء تتعلق بالعمليات المعرفية، بينما يشير النمط الثانى (التشويهات المعرفية) إلى المحتوى المعرفى. هذا وقد إرتكزت الأنماط المبكرة من العلاج المعرفى السلوكى على نموذج العجز deficit model وركزت على المعرفة كعملية، أى أنها تناولت العجز فى الطريقة التى يقوم هؤلاء الأفراد بمقتضاها بجمع المعلومات عن العالم وتفسيرها، وبحل المشكلات. ومن هذا المنطلق يصبح الهدف من التدريب على التعليم الذاتى كما قدمه ميتشنبوم Meichenbaum على سبيل المثال هو تعلم وإستدخال مجموعة من التعليمات الذاتية الصريحة التى تحل محل الأفكار

اللاتواؤمية. أما الإتجاهات الأكثر حداثة فى العلاج المعرفى السلوكى والتى يمثلها كل من أرون بيك Beck, A. وألبرت إليس Ellis فتركز بدرجة أكبر على تحديد المحتوى الحقيقى للأفكار والإعتقادات والتعرف عليها حيث يفترض كلاهما أن محتوى المعارف المشوهة يجب أن يكون واضحاً من جانب العميل، وأن يوجه المعالج للعميل الأسئلة التى يتحقق من خلالها من وضوح هذا المحتوى وذلك قبل حدوث عملية الإكتشاف الموجه خلال العلاج. وهذا ما جعل تطبيق مبادئ العلاج المعرفى السلوكى على المتخلفين عقلياً بدرجة كبيرة تعترضه بعض العقبات.

ويوضح التراث السيكلوچى الذى يتناول العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض أو العميل فى مثل هذه الحالات أنها قد تكتنفها صعوبات عديدة. إلا أن العديد من المعالجين النفسيين قد وجدوا منذ صدور كتاب «العلاج النفسى للمتخلفين عقلياً» Psychotherapy and mental handicap الذى قام بتحريره كل من ويتمان وكونبوى - هيل (١٩٩٢) Waitman & Conboy - Hill أن هناك إحتمالاً لدخولهم فى علاقة علاجية مع مثل هؤلاء الأفراد الذين ليس لديهم من المهارات اللفظية سوى القدر المحدود، إلى جانب أنهم يعتبرون أفراداً غير مستجيبين لبيئتهم.

ويوضح المسح السيكلوچى الذى أجراه هارشيك وآخرون (١٩٩٢) Harchik et. al لتسع وخمسين دراسة تستخدم أساليب إدارة الذات Self - management أن تسعاً من هذه الدراسات تناولت خفض حدة سلوك العناد، بينما هدفت خمسون دراسة إلى زيادة المهارات الإجتماعية أو زيادة الأداء وتحسينه فى المواقف الأكاديمية أو المهنية بمعنى تحقيق الدقة والسرعة فى الأداء. وإنتهى هؤلاء الباحثون إلى أن إجراءات ضبط أو إدارة الذات لها تأثيرها الواضح بالنسبة لذوى الإعاقة العقلية. كما أنهم قد لاحظوا إلى جانب ذلك أن الأساليب المتبعة لزيادة مدى إجراءات إدارة الذات لتشمل تلك الإجراءات التى تتضمن الفرد فى صميمها سوف يكون لها أهميتها بالنسبة للباحثين. كذلك فإن أساليب العلاج المعرفى السلوكى للمتخلفين عقلياً تهتم بالضبط الإجتماعى، وتتحدد أهداف العلاج إلى حد كبير من جانب المعالج. ويتم تقييم مدى نجاح مثل هذه الأساليب فى ضوء الإنتاجية من جانب العميل، أو الإنتاجية ونقص السلوكيات الدالة على العناد.

وعند تقييم المحتوى المعرفى للمتخلفين عقلياً يعد التقرير الذاتى جانباً هاماً من إجراءات القياس. وتتضمن التشويهات المعرفية مفاهيماً مجردة ومعقدة، وغالباً ماترتبط بحالات إنفعالية يعتبر التقرير عنها من جانب العميل الذى يتسم بالتخلف العقلى أو بالأحرى بالعجز المعرفى من الأمور المشكلة. وعلاوة على ذلك فإن المعالج الذى يتعامل مع التشويهات المعرفية لدى عملاء يعانون من العجز المعرفى قد يتوقع نتائج معقدة حيث يكون من الصعب أن تتضح علاقات سببية فى ظل عدم وجود تقارير ذاتية تتسم بالصدق والثبات.

وقد يرجع إهمال التعامل لفترة طويلة مع أعضاء هذه الفئة باستخدام العلاج المعرفى السلوكى إلى عدم التأكد من عدد من الأمور الهامة التى تتعلق بمدى ملاءمة هذا الأسلوب العلاجى للمتخلفين عقلياً، وتمثل الأسئلة الثلاثة التالية أهم هذه الأمور:

١ ـ هل يستطيع من يعانون من إعاقات عقلية إستخدام مقاييس التقرير الذاتى للتعبير عما لديهم من معارف وذلك بشكل ثابت وصادق؟

من الجدير بالذكر أن القدرات العقلية المحدودة لأعضاء هذه الفئة تلقى بظلال من الشك على مدى صدق وثبات التقارير الذاتية التى تصدر عنهم، ومن ثم فإن هذه التقارير الذاتية لاتستخدم سوى على نطاق ضيق وإن كان سايجلمان وآخرون Sigelman et. al يرون أنه مع إجراء بعض التعديلات فى أسلوب مثل هذه التقارير يمكن لها أن تكون مفيدة. وتتضمن تلك التعديلات أن نجعل الإجابة عن الأسئلة المتضمنة مفتوحة وليست محددة بنعم أو لا، وأن نعتمد فى تقييم تلك العبارات التى تستخدم للمساعدة فى الفهم والتذكر على مواد مصورة بدلاً من المادة المسموعة، أو أن تستخدم المادة المصورة إلى جانب المادة المسموعة.

٢ ـ هل يمكن التغلب على الصعوبات التى تواجه أعضاء هذه الفئة فى فهم وإستيعاب المفاهيم المجردة والتعبير عنها؟

تؤكد الأدلة الإمبيريقية أن أعضاء هذه الفئة غالباً ما يكون لديهم تشوش وعدم

وضوح فى إستيعاب المفاهيم الأساسية المرتبطة بموقف العلاج النفسى، وهو ما يتطلب التأكد منه قبل بدء البرنامج العلاجى وخاصة إذا ماكنا سنستخدم العلاج المعرفى السلوكى حتى نتأكد من تلك المفاهيم التى تتعلق بالأسباب والنتائج المترتبة على المعارف والمشاعر والسلوك قبل العلاج. وفى هذا الإطار قامت ريد وآخرون Reed et. al (١٩٨٩) بتدريب مجموعة من المراهقين والراشدين المتخلفين عقلياً على إدراك مشاعر معينة مثل السعادة والحزن والتعبير عنها، ووجدوا أن هؤلاء الأفراد قد إستوعبوا هذه المشاعر وكانوا قادرين على التعبير عنها. ومن ناحية أخرى يمكننا أن نعدل من ردود الفعل الإنفعالية لأعضاء هذه الفئة وذلك من خلال أساليب سلوكية أو أساليب نفسية يقترن بها العلاج بالعقاقير.

٣ ـ هل يمكن التغلب على الصعوبات التى تواجه ذوى الإعاقة العقلية فى التنظيم الذاتى؟.

يرى العديد من الباحثين ومن بينهم أتباع العلاج المعرفى السلوكى أنه يمكن التغلب على مثل هذه الصعوبات خلال جلسات العلاج وذلك باستخدام عدد من الأساليب مثل التدريب على المهارات الإجتماعية، وحل المشكلات، والنمذجة. وهذا يعنى أنه بعد تدريب العميل على المهارات المستهدفة باستخدام الأساليب المناسبة فإنه يدخل إلى عالم المنطق إلى حد مقبول، ويمكن بعد ذلك تدريبه على إستخدام تكنيكات المواجهة والتى أثبتت الدراسات أنها كانت فعالة مع مثل هؤلاء الأفراد، وهو ما يساهم كما يرى جونستون (١٩٩٥) Johnstone فى إعادة تأهيلهم نفسياً وإنخراطهم فى الحياة الإجتماعية.

هذا وسوف نستكمل سوياً مناقشتنا للعلاج المعرفى السلوكى لأعضاء هذه الفئة من خلال إستعراضنا لتلك النقاط التى يتضمنها الفصل الحالى، وسوف تتبع كل نقطة بدراسات تطبيقية حولها.

التنظيم الذاتى للسلوك

يرى داجنان وشادويك (١٩٩٧) Dagnan & Chadwick أن هناك إتجاهين للعلاج المعرفى السلوكى يرتبطان بذوى الإعاقات العقلية، يقوم الإتجاه الأول على التعليم الذاتى Self - instruction أو التنظيم الذاتى Self - regulation لتعديل

السلوك، ويهتم بتدريب أعضاء هذه الفئة على أداء مهارات معينة ويقوم هذا الإتجاه على نموذج العجز deficit الموجود لدى هؤلاء الأفراد وخصوصاً فى الأداء اللفظى الذى قد يمنعهم فى بعض الأحيان من القيام بالتعليم أو التدريب الذاتى بفاعلية وذلك إما بسبب إفتقارهم إلى السلوك اللفظى أو بسبب القصور الوظيفى فى أدائهم اللفظى. ولذلك فإن الدراسات التى أجريت فى إطار هذا الإتجاه كانت تنتقى من أعضاء هذه الفئة من هم عند حد أدنى معين فى الأداء اللفظى كدراسة وتمان (١٩٩٠) Whitman على سبيل المثال. وكان الباحثون يشترطون فى أفراد عيناتهم أن يتحدث المفحوص عدداً من الجمل على الأقل بحيث تحتوى كل منها على كلمتين أو ثلاثة كحد أدنى. أما الإتجاه الثانى فقد تطور عن مناهج وأساليب العلاج النفسى، ويهتم بالإضطرابات الإنفعالية والسلوكية التى يعانى منها أعضاء هذه الفئة والتى تعتبر محصلة لمعارفهم المشوهة بما تتضمنه من صور وإستنتاجات وتقييمات تعد الإضطرابات السلوكية والانفعالية نواتج لها. ويسير هذا الإتجاه فى ضوء إتجاهى بيك وإليس. Beck & Ellis ولايوجد سوى قدر ضئيل من الدراسات تتبع هذا الإتجاه قياساً بالإتجاه الأول. وقد حاولت تلك الدراسات أن تقوم بتقييم عدد من الأبعاد التى ترتبط بهؤلاء الأفراد وذلك لإختيارِ عينات الدراسات المختلفة تعرف بالتقييم قبل العلاجى، وهو تقيـيم للمهـارات والأنشطة التى يتطلبها العلاج. كما حاول بعض الباحثين فى دراسات أخرى مثل سافران وآخرين (١٩٩٣) Safran et. al بوضع بطارية للتقييم تتضمن مدى وعى العميل بالمشاعر والإنفعالات، وقدرته على التمييز بينها، ومدى قابليته لإحداث التغيير، وقدرته على إقامة علاقات ناجحة مع الآخرين، وقدرته على التركيز على المشكلة، ومدى قدرته على القيام بالتعبير اللفظى.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن تراور وآخرين (١٩٨٨) Trower et. al قد قاموا بتطوير نموذج للحدث ـ الإعتقاد ـ النتيجة Antecedent - Belief - Consequence والتى تكتب إختصاراً ABC على غرار نموذج إليس. وفى ضوء هذا النموذج يقع حادث معين ويتم لفت نظر العميل له مع وصف تام لهذا الحدث، ويتم بالتالى

تصنيف مثل هذه العملية على أنها «حدث». أما تفسير وتقييم هذا الحدث فيصنفان على أنهما «إعتقاد». وفى ضوء النموذج المعرفى يرتبط الإعتقاد وليس الحدث بالنتيجة والتى قد تتضمن «إنفعالاً» أو ميلاً سلوكياً معيناً. وقام هؤلاء الباحثون بالتمييز بين نوعين من الإعتقادات على غرار ما قام به إليس هما الإعتقادات الإستنتاجية والإعتقادات التقييمية. ومن المعروف أن إليس Ellis هو أول من قام بهذا الفصل بين هذين النوعين. وتتضمن الإعتقادات التقييمية فى هذا الإطار إصدار أحكام على الشىء بأنه حسن أو ردئ، أو إصدار تفضيلات معينة من جانب الفرد كأن يقول إنه يفضل الشخص (أ) على الشخص (ب) مثلاً، أو أن (أ) قد فعل شيئاً حسناً، أما الإستنتاجات أو الإعتقادات الإستنتاجية فهى عبارة عن إفتراضات موقفية معينة كأن يقول مثلاً أن الشخص (أ) لايحبنى، أو أننى سوف أفشل فى أداء ذلك، أو أن الناس تتجسس علىّ. وتميل مثل هذه الإستنتاجات إلى أن تكون أوتوماتيكية مشوهة. ويرى بيك Beck أنها تميل لأن تكون مشوهة لأنها تتأثر بالوجدان. ومن الجدير بالذكر أن إستخدام نموذج ABC فى العلاج يتطلب ثلاثة أشياء أساسية هى:

أ ـ أن يقوم الفرد بتمييز وتحديد الحدث (الحدث) والفكرة المستنتجة المرتبطة به (الإعتقاد) والنتيجة السلوكية أو الإنفعالية المترتبة عليه (النتيجة).

ب ـ أن يدرك الفرد أن النتيجة ترتبط تماماً بالإعتقاد وليس بالحدث.

جـ ـ أن يدرك الفرد أن الإعتقاد عرضة للتحقق من صحته.

وهذا هو الأمر الذى حاول هؤلاء الباحثون أن يقوموا بتدريب أعضاء هذه الفئة عليه حتى يكون هذا الأسلوب العلاجى فعالاً فى تناول مشكلاتهم المختلفة.

وفى هذا الإطار أجرى داجنان وشادويك (١٩٩٧) Dagnan & Chadwick دراسة على ٢٩ مفحوصاً من ذوى الإعاقات العقلية تم إختيارهم ممن لديهم قدرة لفظية تكفى للإجابة عن الأسئلة التى يمكن أن توجه إليهم، منهم ١٥ ذكوراً، ١٤ إناثاً متوسط أعمارهم ٣٩ سنة. وكانت الإعاقة العقلية لديهم تتراوح بين الإعاقة البسيطة إلى المتوسطة، وقد تم تحديد درجة الإعاقة من خلال أدائهم على إختبار

المفردات الإنجليزية المصورة The British Picture Vocabulary Scale الذى أعده دون وآخرون (١٩٨٢) .Dunn et. al وإستخدم الباحثان نموذج إليس ABC فكان يتم التركيز على حدث معين عندما كان العميل يشعر بالتوتر، وكانا يطلبان منه أن يحدد أولاً النتيجة الإنفعالية (C) ثم الحدث (A) وأخيراً الإعتقادات (B) التى لديه وعلاقتها بالنتائج. وكانا يعرضان على كل مفحوص صورة لوجه حزين ثم صورة لوجه غاضب، ويطلبان منه تسمية كل إنفعال، وأن يحدد سببين جعلا هذا حزيناً، وسببين جعلا الآخر غاضباً، ثم يسألانه عما يفكر فيه ذلك الوجه فى الوقت الراهن.. وتم تصنيف النتائج طبقاً للحكم الذى أصدره المفحوص عن العلاقة بين النتيجة والإنفعال (B - C). وكشفت النتائج عن أن إجابات ٨٠% من المفحوصين كانت إجابات صحيحة. وهو ما يؤكد فاعلية البرنامج فى مساعدة المتخلفين عقلياً على تحديد المشاعر وتقييمها وتسميتها مما يساهم فى تفاعلهم الإجتماعى.

ويرى داجنان وآخرون (١٩٩٤) Dagnan et. al وداجنان وروديك Dagnan & Ruddick (١٩٩٥) أنه يمكن قياس التغير فى سلوك أعضاء هذه الفئة نتيجة للعلاج، وكذا التغير فى حدة إعتقاداتهم وإنفعالاتهم باستخدام التقارير الذاتية حيث يصبح باستطاعتهم نتيجة للعلاج أن يستخدموا مقاييس التقارير الذاتية الدالة على حدة الإعتقادات إضافة إلى ملاحظة سلوكهم وتقييمه.

ومن الأساليب أو التكنيكات العلاجية التى تستخدم مع الأفراد ذوى الإعاقات العقلية تلك الأساليب السلوكية ذات المكون المعرفى والتى من أهمها الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك Self - regulation والتدريب على التواصل. ويعرف سميث Smith (١٩٩٠) التنظيم الذاتى للسلوك بأنه تعلم المهارات اللازمة لإحداث التغير فى سلوك الفرد والتى تعمل كموجه لسلوكه بعد ذلك. فى حين يعرفه فينسنت Vincent (١٩٩٥) بأنه قدرة الطفل على أن يسلك ويؤدى ما يطلب منه فى أى موقف بشكل مستقل عن الآخرين، كما يعنى أيضاً قدرة الطفل على أن ينظم عمليات التفكير لديه عند قيامه بمهمة معينة. ويؤكد سالند Salend (١٩٩٤) أن مهارات التنظيم الذاتى تعد على درجة كبيرة من الأهمية للطفل ذى الإعاقة

لأنهاتسهم فى إندماجه بشكل ناجح مع أقرانه ومع الآخرين من حوله سواء كان ذلك الطفل فى مواقف خاصة أو فى فصل عادى، وبالتالى يمكن أن تؤدى به إلى السلوك التكيفى.

ويرى نايت (١٩٩٤) Knight أن تدريب الطفل المعاق عقلياً عن قصد على التنظيم الذاتى للسلوك يساعد فى تحقيقه للإستقلالية ويؤدى به إلى ذلك. وحتى يتم تعليم ذلك للطفل يجب على المعلم ما يلى:

أ ـ أن يعتقد ويؤمن بأن مثل هذا التعليم له أهميته، وأنه من الممكن أن نعلم مهارات التنظيم الذاتى لأولئك الأطفال الذين يفتقرون إليها.

ب ـ أن يحدد بدقة أى المهارات وأنماط السلوك هى المطلوبة بدرجة كبيرة من جانب أولئك الأطفال حتى يمكنهم التصرف بدرجة كبيرة من الإستقلالية فى المواقف المختلفة.

ويقترح سالند (١٩٩٤) Salend برنامجاً يضم ست خطوات لتعليم التنظيم الذاتى للأطفال ذوى الحاجات الخاصة بوجه عام، وذلك كالتالى:

١ ـ **الشرح والتفسير والمناقشة:** explanation ويعنى مناقشة السبب الذى من أجله يعد نمط سلوكى معين أو مهارة معينة على درجة كبيرة من الأهمية.

٢ ـ **التعيين:**identification ويعنى مساعدة الطفل فى التعرف على أمثلة أو نماذج من السلوك الذى يتم تدريبه عليه.

٣ ـ **النمذجة:** model ويقوم المعلم أو أحد الأقران بنمذجة المهارة المطلوب تعلمها، أو السلوك المستهدف.

٤ ـ **التمييز:**differentiation ويعنى تعليم الطفل التمييز بين الأمثلة أو النماذج الملائمة وغير الملائمة من السلوك.

٥ ـ **لعب الدور:** role - play ويمارس الطفل عن طريقه السلوك المستهدف مع وجود تغذية رجعية.

٦ ـ التقييم: assessment ويتم التأكد على فترات منتظمة من أن الطفل قد إكتسب المهارة المستهدفة أو السلوك المستهدف مع مرور الوقت.

وفى سبيل تحقيق التنظيم الذاتى للسلوك للوصول بالطفل إلى السلوك التكيفى ترى وانج (١٩٩٢) Wang ولايلى (١٩٩٦) Lyle أن النموذج الأمثل لذلك هو دمج الأطفال المتخلفين عقلياً فى فصول عادية مع أقرانهم العاديين.

ويعد هذا الأسلوب (التنظيم الذاتى) ذا أهمية لذوى الإعاقات العقلية، كما تزايد الإهتمام به فى الآونة الأخيرة وذلك للأسباب التالية:

أ ـ يمكن لهؤلاء الأفراد عن طريق تعلم مهارات التنظيم أو الضبط الذاتى للسلوك أن يكونوا قادرين على إظهار سيطرتهم على حياتهم بأحداثها ومواقفها المختلفة والتى تتسم بالإعتمادية المتزايدة.

ب ـ يمكن إستخدام هذا الأسلوب لفترة طويلة من الوقت حتى دون وجود أى تدخل علاجى كالإشتراك فى أحد البرامج العلاجية على سبيل المثال.

جـ ـ يمكن إستخدام هذا الأسلوب وتوظيفه وتطبيق فنياته والإستفادة منها فى العديد من المواقف.

د ـ يمكن من خلال مساعدة الفرد على إكتساب القدرة على ضبط سلوكه غير الملائم أن يحدث تطور مستقبلى لدى هذا الفرد فى مجموعة من الأنماط السلوكية المرغوبة إضافة إلى السلوك المستهدف بالتغيير.

ومن الجدير بالذكر أنه كان يتم النظر إلى التنظيم الذاتى للسلوك فى الماضى على أنه أعلى من قدرات الأفراد المتخلفين عقلياً، إلا أن الدراسات الحديثة والعديد من دراسات الحالة قد أثبتت على العكس من ذلك أن بإمكان مثل هؤلاء الأفراد الإستفادة من تلك الفنية العلاجية فى تعديل سلوكهم حيث وجد زجيوب وآخرون (١٩٧٨) Zegiob et. al أن إضافة المراقبة الذاتية للسلوك الذى يؤدى إلى حدوث إصابات متنوعة لدى إحدى المراهقات المتخلفات عقلياً والتى تبلغ من العمر خمس عشرة سنة قد أدى إلى خفض حدة هذا السلوك لديها. وأجرى برايون

Bryon (١٩٨٨) دراسة على أربعة مفحوصين لديهم تخلف عقلى متوسط، وتتضمن سلوكياتهم الصياح ومقاطعة الآخرين. وكشفت النتائج عن نقص فى أنماط السلوك تلك عند ما تم تعليمهم القيام بمراقبة الذات Self - monitoring كأحد عناصر التنظيم الذاتى للسلوك. وتم تعزيز هذا النقص فى تلك الأنماط السلوكية عندما تم تعليمهم القيام بتقييم سلوكهم على أنه جيد أو ردئ. وإستخدم ثيرمان ومارتين (١٩٨٩) Thierman & Martin أسلوب التنظيم الذاتى للسلوك لأربعة من المراهقين الذين يعانون من إعاقة عقلية شديدة وبالتالى عدم قدرة على التعليم وذلك بغرض تحسين مهاراتهم فى تنظيف المنزل. وتم إستخدام أربع مهام تتضمن النظافة، والصور ذات الإشارات المتابعة، ومراقبة الذات (حيث يضع العميل علامة على الصورة يحدد من خلالها المكان الذى تم تنظيفه)، والتغذية الرجعية. وكشفت النتائج عن فاعلية هذا البرنامج فى تحسين المهارة المستهدفة حيث تحسنت هذه المهارات بشكل كبير ودال.

ومن ناحية أخرى قام كوجل وكوجل (١٩٩٠) Koegel & Koegel بالتأكد مما إذا كان أربعة من التلاميذ المتخلفين عقلياً يعانون من التوحدية autism وتتراوح أعمارهم بين ٩ ـ ١٤ سنة يمكنهم أن يتعلموا الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك وذلك بغرض التقليل من أنماطهم السلوكية النمطية. وتم تدريب ثلاثة منهم على تسجيل سلوكهم النمطى فى غرفة العلاج، أما الرابع فقد تم تدريبه على القيام بذلك فى المواقف الإجتماعية. وكشفت النتائج عن أنهم كانوا قادرين على أن يسجلوا بدقة العديد من الأمثلة عندما لم يشاركوا فى السلوك النمطى، ولكنهم لم يكونوا دقيقين فى تسجيلهم لمدى وجود تلك النمطية. وعلى الرغم من ذلك فقد أظهر كل التلاميذ الأربعة نقصاً فى معدل حدوث السلوك المستهدف بالدراسة وهو التوحدية خلال البرنامج العلاجى. وعند ملاحظة نفس هؤلاء التلاميذ الأربعة فى مواقف التفاعل الإجتماعى وجد أن إثنين منهم قد تعلما بسرعة إجراءات الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك فى هذه المواقف الجديدة، وأن النقص فى حدوث السلوك

النمطى الدال على التوحدية قد إستمر لفترة طويلة فى المواقف الجديدة حتى مع توقف البرنامج العلاجى.

كذلك فقد حاول وتمان (١٩٩٠) Whitman التغلب على نقص الدافعية، وتصحيح الإعتقادات السلبية الخاطئة لدى عينة من المتخلفين عقلياً باستخدام الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك، ومن ثم تعميم هذه الخبرة على مواقف أخرى لم يتم التدرب عليها. وبدأ التدريب باستخدام مناقشة مفتوحة، ثم تم تدريبهم خلال الجلسات على العناصر الجديدة المطلوبة فى التنظيم الذاتى وذلك من خلال لعب الدور والنمذجة مع إعطاء واجبات منزلية. وحاول خلال الجلسات التى إستمرت ثمانية أسابيع أن يشرك المفحوصين فى أنشطة تهدف إلى زيادة دافعيتهم وإهتمامهم فى الوقت الذى يعمل فيه على تصحيح إعتقاداتهم وأفكارهم الخاطئة التى قد تعوق إنتقال أثر التدريب. وكشفت النتائج عن فاعلية هذا البرنامج وفاعلية إستراتيچية الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك حيث حدث تحسن دال فى سلوك هؤلاء المفحوصين. وإستخدم ديوراند وكار (١٩٩١) Durand & Carr أسلوب التنظيم أو الضبط الذاتى للسلوك لخفض حدة السلوك الذى يؤدى إلى إلحاق الأذى بالذات لدى عينة من المتخلفين عقلياً، ووجد أن هذا الأسلوب العلاجى كتكنيك يستخدم فى العلاج المعرفى السلوكى له فاعليته فى خفض أو تقليل السلوك الذى يعكس إلحاق الأذى بالذات حيث قل هذا السلوك لدى أفراد العينة بشكل كبير ودال.

هذا وقد قام كوبكن (١٩٩٤) Koppekin بمحاولة خفض السلوك الإندفاعى لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام برنامج للضبط الذاتى المعتمد على أسلوب التعليمات الذاتية. وتضمنت هذه الدراسة ثلاث مراحل تمثلت المرحلة الأولى منها فى قيام الأطفال المتخلفين عقلياً بالإختيار بين ثلاثة مثيرات تتمثل فى أصناف متنوعة من الأطعمة تتشابه مع بعضها إلى حد كبير، وتختلف من حيث صلاحيتها للأكل حيث يقوم الطفل بالتمييز بين الأطعمة الصالحة وغير الصالحة للأكل. أما المرحلة الثانية فتتمثل فى تقديم المدعم وفقاً للفترة الزمنية التى يستغرقها

الطفل للوصول إلى الإستجابة الصحيحة، فى حين تضمنت المرحلة الثالثة تدريب الأطفال على التمييز بين الأطعمة وفقاً لكمية الطعام. وأسفرت النتائج عن أن برنامج الضبط الذاتى قد أحدث تحسناً ملحوظاً فى قدرة الأطفال المتخلفين عقلياً على التمييز بين نوعية المثيرات وفقاً لصلاحيتها وكميتها، إضافة إلى خفض سلوكهم الإندفاعى. وإلى جانب ذلك قام سعيد دبيس والسيد السمادونى (١٩٩٧) بمحاولة خفض الإندفاعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً من الدرجة البسيطة باستخدام برنامج معرفى سلوكى يقوم على أسلوب الضبط الذاتى عن طريق التعليمات اللفظية الذاتية. وإتضح من النتائج أن التدريب على الضبط الذاتى كان ذا فاعلية كبيرة فى الأداء على إختبار تجانس الأشكال، وهو ما يؤكد أن برنامج الضبط الذاتى المستخدم عن طريق تقديم التعليمات اللفظية للذات كان أكثر فاعلية وكفاءة فى إحداث تغيير إيجابى فى أداء الأطفال المتخلفين عقلياً على أنشطة حل المشكلات فى فترات زمنية أقل. كما توصل الباحثان أيضاً إلى أنه يمكن إستخدام اللغة الخاصة بفئة المتخلفين عقلياً للتأثير على إستجاباتهم إذا ما توفر لهم التدريب المناسب على إستخدام التعليمات الذاتية.

وبذلك يتضح أن ذوى الإعاقة العقلية يمكنهم القيام بالتنظيم أو الضبط الذاتى لسلوكهم. وهذا ليس مستبعداً بطبيعة الحال إذ أن الدراسات التى إستخدمت هذه الفنية العلاجية قد إستخدمتها فى الغالب مع ذوى الإعاقة العقلية البسيطة، أى مع فئة القابلين للتعلم والذين تتراوح نسبة ذكائهم بين ٥٠ - ٧٠ على أى مقياس فردى للذكاء.

التدريب على التواصل

يتضمن التدريب على التواصل كأسلوب علاجى العديد من عناصر الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك، ويعمل على خفض حدة السلوك غير المرغوب فيه، ويمكن توظيفه فى العديد من المواقف المختلفة. وقد يكون هذا التواصل رمزياً أو غير رمزى. ويتمثل المبدأ الذى يكمن خلف هذا الإتجاه فى أن الأنماط السلوكية

غير الملائمة قد تعمل كأفعال تواصلية لفظية ومعززات أو مدعمات للسلوك سواء كانت إيجابية أو سلبية وتتوسط الأداء الإجتماعى للأفراد. ويرى ديوراند وبيروتى Durand & Berotti (١٩٩١) أنه فى حالة الإعاقات العقلية الشديدة أو الإعاقات الحسية المتعددة يكون هذا التواصل رمزياً، ويتم من خلاله لهؤلاء الأفراد تحقيق أشياء عديدة من البيئة كجذب إنتباه الآخرين إليهم وإهتمامهم بهم أو طلب الطعام على سبيل المثال. ثم يمكن للمعالج بعد ذلك أن يحول هذا التواصل إلى نسق غير رمزى للمهارات التى كانت تستخدم فى التواصل الرمزى فيحصل على الطعام بنفسه مثلاً أو يساعد فى الحصول عليه.

وهناك العديد من التكنيكات العلاجية التى يمكن إستخدامها مع تلك الفئة من الأفراد منها إعادة البناء المعرفى، وخفض الإثارة، والتدريب على المهارات السلوكية، والتدريب على الإسترخاء، والتعليم الذاتى، وحل المشكلات.

وفى هذا الإطار إستطاع جاردنر وكول Gardner & Cole (١٩٨٩) تدريب مجموعة من المراهقين ذوى الإعاقات العقلية على تطوير مهارات العمل فى ورشة وذلك باستخدام تكنيك التعزيز الذاتى. وتم تعليمهم أنهم إذا صمموا على أن يكونوا عمالاً جيدين فإنهم سوف يكسبون الكثير من المال. وعندما تعلموا السلوك المناسب كانوا يحصلون على المال كتعزيز ذاتى. كما توصلت هوجيز Hughes (١٩٩٢) إلى أن إستخدام أسلوب التدريب على التعليم الذاتى- Self instructional training يمكن من خلاله تعليم ذوى الإعاقة العقلية الشديدة مهارات مهنية معينة حيث دربتهم على تركيب المصابيح وإضاءتها وإطفائها. كما وجدت أيضاً أن هذا التدريب يمتد إلى مواقف أخرى لم تتدرب عليها عينة المراهقين المتخلفين عقلياً التى أجرت عليها دراستها تلك.

كذلك فقد قام وليامز وآخرون Williams et. al (١٩٩٦) بدراسة أثر تعليم مهارات التواصل لذوى الإعاقات العقلية على أدائهم المعرفى والإجتماعى وذلك من خلال برنامج تقليدى للتدريب على التعليم الذاتى. وقد هدفت الدراسة إلى تحقيق هدفين يتمثل أولهما فى مقارنة أثر التدريب على التعليم الذاتى عن طريق

التدريب اللفظى فى مقابل تشجيع العملاء على إكتشاف الحلول عن طريق حل المشكلات وذلك على الأداء المعرفى والإجتماعى، فى حين يتمثل الهدف الثانى فى التعرف على ما إذا كانت الفروق الفردية فى الأداء اللفظى والمعرفى يمكن من خلالها التنبؤ بنتائج التدريب أم لا. وقد ضمت عينة الدراسة ٢٥ فرداً يعانون من إعاقات عقلية وتتراوح أعمارهم بين ٢١ - ٦٠ سنة. وكان متوسط عدد الكلمات فى الجمل التى ينطقون بها لا يقل عن كلمتين، كما لم تكن لديهم أى إعاقات حسية جوهرية. وتم تدريب هؤلاء المفحوصين على مهارات التواصل حتى أصبحوا متحدثين ماهرين، كما تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات؛ تدربت المجموعة الأولى على التعليم الذاتى اللفظى كى يصبحوا متحدثين ماهرين وذلك من خلال جلسات البرنامج الثمانى (لكل المجموعات) والتى إستمرت كل منها لمدة خمس وأربعين دقيقة. وتدربت المجموعة الثانية على التعليم الذاتى القائم على الترديد اللفظى، فى حين تدربت ثالثة تلك المجموعات على التعزيز الذاتى. وكان المفحوصون يدخلون فى نقاش مع المعالج للذى كان يعرض عليهم تدرجاً هرمياً للأسئلة يساعدهم على إكتشاف الغرض من المهمة ومراقبة الذات من خلال الأداء المناسب. وأوضحت نتائج تلك الدراسة فعالية هذا البرنامج مع هؤلاء العملاء حيث تعلموا أسلوباً للأداء الجيد فى المهام التى تدربوا عليها، ولم يبد أنهم قد إكتسبوا معلومات من خلال التعليم الذاتى (أى الدخول فى حديث ذاتى) كاستراتيجية لحل المشكلات. وأوضحت النتائج أيضاً أن الفروق الفردية فى الأداء اللفظى والمعرفى تعتبر عاملاً له أهمية كبيرة فى نجاح التدريب.

ومن الجدير بالذكر أن نقص المهارات وخاصة مهارات التواصل يعد بمثابة عقبة رئيسية أمام ذوى الإعاقة العقلية فى سبيل تحقيقهم للإستقلال، كما تعتبر هى المسئولة فى الغالب كما يرى لجنوجريز - كرافت وآخرون (١٩٨٨)- Lignugaris Kraft et. al عن فقدهم لوظائفهم حيث تحتاج تلك الوظائف إلى مهارات يتم إكتسابها فى كثير من الأحيان عن طريق التواصل. ويرى فريزر (١٩٩٢) Frazer أن مثل هؤلاء الأفراد يفشلون فى إستخدام تلك المهارات وتوظيفها فى مواقف

مشابهة بعد أن يكونوا قد تدربوا عليها فى موقف معين. ويضيف جونز وآخرون (١٩٩٣) Jones et. al أن ذلك يعكس صعوبة أساسية أمام هؤلاء الأفراد حيث لايكون بإمكانهم أن يروا أنفسهم على أنهم هم الذين يقومون بتشكيل أنماطهم السلوكية أو أنهم هم المسئولون عنها، وربما يرجع ذلك كما يرى فيجوتسكى (١٩٨٧) Vygotsky إلى تلك العزلة الإجتماعية حيث يتم عزلهم فى مؤسسات خاصة بهم مما يحرمهم من كثير من تلك الخبرات الإجتماعية التى يحتاجون إليها خلال مضمار نموهم الإجتماعى والمعرفى وهو الأمر الذى يؤدى إلى تأخر نموهم فى تلك الجوانب قياساً بأقرانهم العاديين على سبيل المثال. وإلى جانب ذلك فإن لها أيضاً آثار إنفعالية سالبة عليهم وعلى مستوى دافعيتهم.

ومن ناحية أخرى يرى فيجوتسكى Vygotsky أن هؤلاء الأفراد يصبحون أكثر إعتماداً على تلك الإشارات التى يتلقونها من البيئة الخارجية والتى تعمل كمرشد لسلوكهم، فيبقون إعتماديين ويكتسبون موضعاً خارجياً للضبط. ويضيف وتمان (١٩٩٠) Whitman أنهم يواجهون إلى جانب ذلك صعوبات فى الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك نتيجة تلك الإعتمادية والتى تعمل أيضاً على إحداث صعوبات عديدة تؤثر سلباً على إنتقال أثر التدريب حيث يتعلم هؤلاء الأفراد الإعتماد على الآخرين فى القيام بالسلوك بدلاً منهم أو تنظيمه لهم، وبالتالى يجدون صعوبة كبيرة فى أن يقوموا من تلقاء أنفسهم باستخدام تلك المهارات التى تعلموها وذلك بشكل مستقل.

وهناك عدد من العوامل تلعب دوراً هاماً فى تعليم هؤلاء الأفراد التنظيم الذاتى للسلوك منها دمجهم مع أقرانهم العاديين فى المدرسة حيث يوفر الدمج مدى متسعاً من الخيارات لتعلم المهارات المطلوبة يساعد فى الإستجابة بشكل مناسب لحاجات هؤلاء الأفراد، ويوفر لهم العديد من الأساليب كى يصبحوا أكثر خبرة فى السيطرة على سلوكهم والتحكم فيه. كما أن تدريب مثل هؤلاء الأفراد على أن يقوموا بنقل أثر التدريب إلى مواقف أخرى شبيهة لم يتم التدرب عليها من قبل يتطلب

أيضاً الدافعية الذاتية وضبط النفس Self - Control إضافة إلى الإستخدام الجيد للغة بما لها من دور فاعل فى تعلم التنظيم الذاتى للسلوك والدافعية الذاتية.

ويرى مارتن وبير (١٩٩٢) Martin & Pear أن هناك عدداً من العوامل تساهم فى ضبط وتنظيم السلوك فى المواقف الإكلينيكية والتربوية. ويأتى ضبط النفس أو كما يطلق عليه البعض الضبط الذاتى فى مقدمة هذه العوامل، ويعتمد على قيام الفرد بتعزيز سلوكه. ويتضمن ضبط النفس عدداً من المكونات هى:

١ ـ **مراقبة الذات:** Self - monitoring ويعنى تسجيل سلوك الفرد من جانبه.

٢ ـ **التقييم الذاتى:** Self - evaluation ويعنى تقدير سلوك الفرد بناء على محك معين.

٣ ـ **التعزيز الذاتى:** Self - reinforcement ويعنى حدوث تعزيز أو تدعيم لسلوك الفرد من جانبه.

وعن طريق ذلك يصبح للفرد التحكم أو السيطرة الكاملة على سلوكه. وفيما يتعلق بالمكون الأول والذى يمثله «مراقبة الذات» فقد طلب ريز وآخرون (١٩٨٤) Reese et. al من فتاة تتسم بالعدوانية وتعانى من تخلف عقلى بسيط وتبلغ الثانية والعشرين من عمرها أن تسجل ما إذا كان بإمكانها أن تقوم بالسيطرة على أعصابها أو أنها تفقد أعصابها فى المواقف المختلفة وذلك بوضع علامة أمام العبارات على الورقة المعدة لذلك والتى تم إعطاؤها إياها. وعلى الرغم من أنها لم تستطع أن تصور سلوكها غير الملائم بدقة فقد إتضح وجود نقص دال فى سلوكها العدوانى. هذا وقد أوضحت دراسات عديدة وجود إرتباط ضعيف بين دقة مراقبة الذات وأثرها فى تغيير السلوك الذى يتم تسجيله. أما فيما يتعلق بالمكون الثانى والذى يمثله التقييم الذاتى فقد إستخدم برايون (١٩٨٨) Bryon هذا الإجراء عند دراسته لأربعة من المتخلفين عقلياً يعانون من تخلف عقلى بسيط وتتضمن سلوكياتهم الصياح ومقاطعة الآخرين، وأوضحت النتائج أن تلك السلوكيات قد قلت عند تعليمهم القيام بتقييم سلوكهم على أنه جيد أو ردئ، وقد أشرنا إلى

ذلك من قبل. فى حين يتم المكون الثالث المتمثل فى التعزيز الذاتى بعدد من الوسائل حيث تم فى بعض الدراسات قيام المفحوص بوضع صورة لوجه مسرور أمامه كدليل على أنه أنهى المهمة المطلوبة منه مما أدى أيضاً إلى تحسن الأداء. واستطاع جاردنر وكول (١٩٨٩) Gardner & Cole فى الدراسة التى أشرنا إليها سلفاً وباستخدام هذا المكون أن يعلموا مجموعة من المراهقين المتخلفين عقلياً أن يكونوا عمالاً جيدين.

ومع ذلك فإن جونز وآخرين (١٩٩٣) Jones et. al يرون أنه لايوجد فى التراث السيكلوجى حول ذلك الموضوع مثال لأحد المتخلفين عقلياً إستطاع أن يستخدم التعزيز الذاتى فى تعديل سلوكه حيث كان يقوم أفراد آخرون غير هؤلاء المتخلفين عقلياً كالباحثين أو المعلمين مثلاً يقومون بوضع معايير معينة للأداء، ويقومون بتعيين تلك المعززات لهؤلاء الأفراد المتخلفين عقلياً. ومع ذلك فقد أوضحت النتائج حدوث نقص فى السلوك غير الملائم وزيادة فى السلوك المستهدف داخل المهمة إلا أنه حينما كانت تحدث تغيرات فى السلوك فلم يبد أنها كانت ترتبط بشكل مباشر بتلك العناصر المحددة فى البرنامج التدريبى. ومن ناحية أخرى فإنه على الرغم من أهمية تعلم قواعد لفظية للسلوك فإنها مع ذلك لاتحتاج إلى معززات خارجية حيث يمكنها أن تؤدى من تلقاء نفسها إلى حدوث نقص فى معدل حدوث السلوك غير الملائم، وبالتالى فإن تعلم القواعد اللفظية يمكن أن يؤدى إلى تنظيم السلوك والتحكم فيه، وهو ما يعرف بالضبط أو التحكم اللفظى فى السلوك غير اللفظى.

وإذا كان التحكم الذاتى فى السلوك يمثل قدرة الفرد على إستخدام اللغة لوصف سلوكه والتحكم فيه، فقد تطور أسلوب آخر هو التعليم الذاتى Self-instruction أو الحديث الداخلى inner Speech وفقاً لما قدمه ميتشنبوم Meichenbaum أما البرنامج المستخدم هنا فقد تطور عن نظرية فيجوتسكى ولوريا Vygotsky & Luria والتى تعرف بالنظرية النمائية الإجتماعية التى تتناول الكيفية التى يمكن بمقتضاها للأطفال التحكم فى سلوكهم عن طريق

إستدخالهم للأحاديث التى يستخدمها الآخرون فى السيطرة عليها، وهو ما تم إستخدامه مع الأطفال العاديين وخاصة فى تجنب السلوك الإندفاعى من جانبهم، وهو ما تم إستخدامه أيضاً لمواجهة القلق عند المراهقين. إلا أن ميتشنبوم Meichenbaum (١٩٩٠) يرى أن إستخدام هذا الأسلوب مع المتخلفين عقلياً لايزال يدور حوله الكثير من الجدل. ومع ذلك ترى هوجيز وأجران Hughes & Agran (١٩٩٣) أن إستخدام هذا الأسلوب مع المتخلفين عقلياً وحتى مع ذوى التخلف العقلى الشديد يساعدهم على أن يحيوا حياة شبه عادية وذلك فى المواقف التى لايتوفر فيها مثل هذه التعليمات كما هو الحال فى وسائل النقل العام أو فى الأسواق. ومع ذلك فلا يزال الباحثون مترددين فى إستخدام مثل هذا الأسلوب مع أفراد ذوى مهارات لفظية محدودة.

وأخيراً فإن نجاح أسلوب التواصل اللفظى مع أعضاء هذه الفئة يعد بمثابة مثال جيد للنجاح فى إستخدام شكل من أشكال التدخل العلاجى الذى كان مستبعداً من قبل مع أعضاء هذه الفئة حيث كان يتم النظر إليه على أنه أعلى من قدراتهم.

الدافعية وتقدير الذات والمعرفة الإجتماعية

من الجدير بالذكر أن إستخدام العلاج المعرفى السلوكى مع ذوى الإعاقة العقلية يعتبر فرصة تزيد من إحتمال زيادة عدد أنماط العجز المعرفى التى يمكن أن يظهرها هؤلاء الأفراد والتى قد تتضمن سرعة أداء العمليات العقلية والإندفاع فى ذلك، وحل المشكلات، والتفكير المادى الملموس أو المحسوس، والصعوبات التى تتعلق بكل من الذاكرة واللغة. وقد تجعل تلك الأنماط من هذا الأسلوب العلاجى عملية معقدة، ولكنها مع ذلك تفسح المجال لظهور فنيات جديدة يمكن بمقتضاها التغلب على مثل هذه الصعوبات، وهو ما حدث بالفعل مع إدخال هذا الأسلوب العلاجى إلى حيز هذه الفئة من الأفراد.

ويرى جونز وآخرون (١٩٩٧) أنه لاتزال هناك مجالات أخرى تمثل صعوبة وتحدياً أمام العلاج المعرفى السلوكى فيما يتعلق بأعضاء هذه الفئة. وتتمثل تلك

المجالات فى كل من الدافعية، وتقدير الذات، والمعرفة الإجتماعية. ويشير زيجلر وهوداب (١٩٨٦) Zigler & Hodapp فيما يتعلق بالدافعية إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً غالباً ما يخبرون الفشل المتكرر الذى يؤدى بهم إلى الإقلال بدرجة كبيرة من تحديد أهداف خاصة بهم، وإلى العجز المتعلم، وإلى تكوين صورة سلبية للذات، وإلى عدم الرغبة فى بذل أى محاولات لتحقيق الأهداف مما يسلمهم بالتالى إلى الإعتماد على الآخرين. كما أن الحرمان الإجتماعى الذى يتعرضون له ووضعهم فى مؤسسات خاصة بهم يؤدى إلى زيادة دافعيتهم فى الحصول على التعزيز الإجتماعى مما يدفع بهم إلى تعلم القيام ببعض الأشياء حتى يستطيعون إرضاء الآخرين، ولكنه فى الوقت ذاته يؤدى بهؤلاء الأفراد إلى أن يكونوا أقل دافعية بوجه عام. ويؤكد ميرفى وآخرون (١٩٩٠) Merighi et. al ذلك حيث يرون أن الحرمان الإجتماعى يؤدى إلى زيادة دافعية هؤلاء الأطفال إلى التعزيز الإجتماعى والذى يبدو بالتالى أنه يؤثر سلباً على الإنتباه إلى مهام التعلم، وحتى إلى النقص الحادث فى نسبة الذكاء. هذا إلى جانب أن غالبية أعضاء هذه الفئة الذين يمكن أن نستخدم معهم هذا الأسلوب العلاجى يتسمون باعتمادهم الزائد على الآخرين، وبعجزهم الشخصى الزائد أيضاً، وهو ما قد يؤدى بالتالى إلى إعتماد أولى من جانبهم على المعالج فى تحديد المشكلة المستهدفة بالعلاج، وإلى البطء الزائد فى تطوير مفهوم عن القدرة الشخصية والتوكيدية، وهو ما قد يمثل عقبة أمام المعالج المعرفى السلوكى. وفى ضوء ذلك يصبح من الواضح أن هؤلاء الأطفال يكون لديهم تقدير للذات منخفض بدرجة كبيرة، إذ أن غالبيتهم يكون قد مر بخبرات عديدة للفشل مما ينمى لديهم الإعتقاد بعجزهم فى القيام بالسيطرة على البيئة. كما أنهم من ناحية أخرى يكونوا قد خبروا قدراً كبيراً من الخبرات الشخصية غير السارة والتى تؤدى بهم أيضاً إلى الرؤية السلبية للذات وللعالم وللمستقبل وذلك قياساً بأى مجموعات علاجية أخرى. هذه الخبرات إضافة إلى الرفض الإجتماعى من جانب البعض قد يؤدى بهم إلى مقاومة التغير الذى يمكن أن يحدث نتيجة للتدخل العلاجى حيث قد يؤدى إعادة البناء المعرفى لديهم على

سبيل المثال إلى مواجهة خلفياتهم الشخصية والتى تتسم بطبيعتها بتقدير منخفض للذات وبانخفاض فعالية الذات لديهم.

كذلك يرى لندساى وآخرون (١٩٩٤) Lindsay et. al أن هؤلاء الأفراد لهم حياتهم الإنفعالية الخاصة بهم ومع ذلك يمكن إخضاع جوانبها المختلفة للبحث الإمبيريقى حيث وجد هؤلاء الباحثون أن مجموعة الأفراد ذى الدرجة البسيطة من التخلف العقلى الذين أجروا دراستهم عليها كانوا قادرين على أن يوردوا تقارير عن مشاعرهم وإنفعالاتهم تتسم بمستويات مرتفعة من الثبات. وإلى جانب ذلك يرى أوليفر (١٩٨٦) Oliver أن هناك صعوبة فى قياس مفهوم الذات بشكل دقيق لدى مثل هؤلاء الأفراد، ومع ذلك يمكن التغلب على هذه المشكلة باستخدام بعض الأساليب إذ أوضح أنه أمكن لإحدى المتخلفات عقلياً فى الرابعة عشرة من عمرها وتعانىّ من زملة داون Down Syndrome ونسبة ذكائها أربعين أمكن لها باستخدام الصور أن تكون شبكة تستطيع من خلالها التعرف على أن الأطفال المتخلفين عقلياً مختلفين عن بعضهم البعض، ولكنها مع ذلك لم تطبق هذه الفروق على نفسها. وكانت العلاقة بين رؤيتها لذاتها ولذاتها المثالية وللآخرين واضحة. وقد أوضح تكرار هذه المهمة ثبات تلك الرؤى.

أما بالنسبة للمعرفة الإجتماعية فمن المعروف أن مجال العلاقات الإجتماعية يعد هو المجال الذى يواجه فيه المتخلفون عقلياً تحديات كبيرة. ومع ذلك فهناك العديد من المواقف المهنية والتعليمية التى يمكن فيها خفض درجة وطبيعة الإعاقة العقلية وذلك عن طريق تعليمهم توقع أى صعوبة محتملة والعمل على التخطيط لمواجهتها. ومع ذلك فإن مجال العلاقات بين الشخصية يعد من المجالات المعقدة بدرجة كبيرة والتى لايمكن توقعها. كما أن ذلك المجال غالباً ما يتضمن إشارات إجتماعية تتسم كما يرى كليمنتس (١٩٨٧) Clements بالغموض والتناقض.

وتؤكد دراسات عديدة على وجود أوجه نقص أو عجز فى النسق المعرفى الإجتماعى للمتخلفين عقلياً يأتى فى مقدمتها التوحدية، والصعوبات فى مجال التشغيل المعرفى الاجتماعى كما يرى فوكس وبنسون (١٩٩٥) Fuchs & Benson

إضافة إلى خلفياتهم الشخصية التى تؤدى إلى صعوبات فى الدافعية ومفهوم الذات. كما أنه من غير المحتمل أن نجد من بين هؤلاء الأفراد من يفهم الموقف بشكل متكامل، إضافة إلى عدم قدرته على الإستجابة للموقف بشكل مناسب وذلك بسبب عدم الإهتمام أو القلق.

حل المشكلات الإجتماعية

يعد حل المشكلات الإجتماعية بمثابة عملية معرفية إنفعالية سلوكية يتمكن الأفراد بمقتضاها من تحديد وإكتشاف أو إبتكار أساليب للتعامل مع مشكلات الحياة اليومية. وتعتبر فى الوقت ذاته عملية تعلم إجتماعى، أو أسلوب للتنظيم الذاتى، أو إستراتيچية عامة للمواجهة يمكن تطبيقها كما يرى دازوريللا (١٩٨٨) D' Zurilla على عدد كبير من المشكلات. ومن المصطلحات الأخرى التى يمكن أن تطلق عليها حل المشكلات الشخصية Personal problem - Solving وحل المشكلات بين الشخصية interpersonal وحل المشكلات المعرفية بين الشخصيةinterpersonal Cognitive. ومن المعروف أن الحل الجيد للمشكلات التى تواجه الفرد يساعده على تحقيق التوافق، والعكس صحيح.

ويختلف حل المشكلات الإجتماعية عن التدريب على المهارات الإجتماعية حيث يعمل التدريب على المهارات الإجتماعية على إكساب العميل إستجابات تتناسب مع المواقف الإجتماعية التى يمر بها ذلك العميل، فى حين يشير حل المشكلات الإجتماعية إلى عملية إكتشاف سلسلة من التصرفات أو السلوكيات لها فاعليتها فى مجابهة المشكلات اليومية التى يواجهها الفرد، وهذه تأتى بالتالى بعد التدريب، أى أن التدريب على المهارات الإجتماعية يسبق حل المشكلات الإجتماعية. هذا ويمكن تطبيق حل المشكلات الإجتماعية على مدى كبير من المواقف، كما يمكن تعميمه على مشكلات يحتمل ظهورها فى المستقبل.

ومن الجدير بالذكر أن ذوى الإعاقة العقلية يجدون صعوبات كثيرة فى التعامل مع المشكلات الإجتماعية وبين الشخصية كما يرى بوفارد (١٩٩٠) Bouffard

حيث تسود بينهم أنماط من السلوك الإجتماعى اللاتوافقى وهو ما يعوق حدوث الإندماج بين أعضاء هذه الفئة أو بينهم وبين غيرهم من العاديين. كما أن هذا السلوك اللاتوافقى قد يكون ناتجاً عن نقص فى قدرتهم على حل المشكلات سواء الشخصية أو الإجتماعية. وعلى الرغم من أهمية التدريب على حل المشكلات الإجتماعية كأسلوب علاجى فإن المتخلفين عقلياً لا يستطيعون فى الغالب إستخدام مثل هذا الأسلوب بنجاح نظراً لسيادة أنماط السلوك اللاتوافقى أو اللاتواؤمى بينهم. ولذلك فهناك إقتراح يرى تدريب أعضاء هذه الفئة على هذا الأسلوب العلاجى فى خمس خطوات كالتالى:

١ ـ التعرف على المشكلة المراد حلها وتحديدها.

٢ ـ التفكير الموجه لتحقيق أغراض معينة.

٣ ـ التفكير الوسيلى أو الذى يتضمن الغاية والوسيلة.

٤ ـ التقييم وإتخاذ القرار.

٥ ـ التوصل إلى الحل.

ويفضل ألا تكون مدة التدريب طويلة حيث يرى جمع من الباحثين أن هذه المدة يجب أن تتراوح بين أربعة أسابيع إلى ثمانية أسابيع مع زيادة عدد الجلسات خلال هذه الفترة وذلك بقدر المستطاع. كذلك يجب إستخدام الأسئلة القصيرة مع إستخدام الإثابة الدورية حتى نساهم فى تحسين فهمهم للمشكلات المختلفة. إلا أنه مع ذلك لا يمكن أن يكون حل المشكلات الإجتماعى كأسلوب علاجى كافياً بمفرده لتحقيق قدر مناسب من الصحة النفسية أو تحقيق التوافق الإجتماعى لأعضاء هذه الفئة. ويمكن قياس أثر هذا الأسلوب عند إستخدامه كبرنامج علاجى من خلال مقاييس السلوك التكيفى adaptive أو مقاييس الضغوط النفسية.

هذا وتقدم إدارة الصحة والرعاية الإجتماعية البريطانية Department of Health and Social Security برنامجاً مقترحاً للتدريب على حل المشكلات الإجتماعية لذوى الإعاقة العقلية على أساس من الأدلة النظرية والتطبيقية للتدريب على حل

المشكلات مع عينات مختلفة، وأهمية التدريب على الدور الإجتماعى بالنسبة لأعضاء هذه الفئة وفى سبيل الإهتمام بهم حتى يمكنهم الإنخراط فى الحياة الإجتماعية، مع وجود بعض المرونة فى التطبيق تترك للمعالج بحسب خصائص الأفراد الذين يتم تطبيق هذا البرنامج عليهم. ويمكننا أن نعرض ملخصاً لهذا البرنامج على النحو التالى:

- أولاً: طريقة التدريب:

تقترح الإدارة أن يتم التدريب وفق الخطوات التالية:

١ - المناقشة المفتوحة:

وتعتبر مثل هذه المناقشة ضرورية خاصة عندما يتطلب الأمر لفت الإنتباه إلى المشاكل الراهنة حيث يؤدى عدم القدرة على لفت الإنتباه لتلك المواقف التى تتضمن قدراً كبيراً من الإضطراب الإنفعالى إلى صرف إنتباه البعض عن التدريب.

٢ - مراجعة الجلسة السابقة:

ويجب أن تبدأ كل جلسة بمراجعة لما يكون قد تم التدريب عليه فى الجلسة السابقة حتى يتم:

أ - إستدعاء المكونات الأساسية التى تضمنتها الجلسة السابقة حتى لاينساها العميل.

ب - التأكد من أن من لم يحضر الجلسة السابقة قد أصبح على دراية بمحتوى الجلسات.

جـ - مراجعة الواجبات المنزلية والتأكد من إتمامها وهو ما يعتبر بمثابة تغذية رجعية فى هذا الصدد.

د - ربط الجلسة السابقة بالجلسة الحالية حتى يكون هناك نوع من التواصل بالنسبة للبرنامج.

٣ ـ تدريس المكون الجديد:

وبمجرد شرح المكون الجديد يتم تشجيع كل عميل على أن يردد ذلك ويعطى أمثلة عليه. ويمكن هنا إستخدام إستراتيجيات معينة مثل لعب الدور والنمذجة. كما يجب أيضاً ربط هذا المكون الجديد بما سبقه حتى يتم تحقيق التواصل فى عملية حل المشكلات.

٤ ـ التدريب على جزئيات حل المشكلة:

ويتم خلال كل جلسة التدريب على الجزئيات الصغيرة على أن تتدرج فى مدى صعوبتها، وأن تتدرج من المشكلات الشخصية إلى المشكلات بين الشخصية التى تتضمن العديد من الأدوار (السلطة ـ الأصدقاء ـ الغرباء)، كما يجب أيضاً تعزيز تلك المحاولات التى يبذلها هؤلاء الأفراد فى سبيل ذلك.

٥ ـ الواجبات المنزلية:

يجب تحديد واجبات منزلية فى كل جلسة، ويطلب خلالها من العملاء تطبيق ما تم إكتسابه من مهارات فى حل المشكلات وذلك على مواقف مختلفة من الحياة الواقعية.

٦ ـ مراجعة محتوى الجلسة والتدريب على الإسترخاء:

تتمثل المرحلة الأخيرة فى كل جلسة فى إعطاء ملخص سريع لما تم تناوله والتدريب عليه وذلك كمراجعة للجلسة، ويتم تحديد الواجبات المنزلية المطلوبة، ويتبع ذلك بضع دقائق من الإسترخاء.

ـ ثانياً: المواد المستخدمة:

وتتضمن هذه المواد ما يتعلق بالمشكلات الشخصية، وجزئيات محددة من هذه المشكلات، ووسائل سمعية وبصرية تتضمن بطاقات بها مكونات التدريب، وأشرطة مسجلة، وواجبات منزلية، وأجندة. ويتم تحديد عدد من المشكلات للتدريب عليها سواء كانت هذه المشكلات شخصية أو إجتماعية على أن تتم إثارة هؤلاء العملاء لتناولها.

ومن الخطوات الأساسية فى البرنامج تدريب العملاء على التعرف على الأحداث وعلاقتها بالإنفعالات والنتائج فى نموذج ABC الذى قدمه إليس Ellis والذى يقوم على إكتشاف العلاقة بين الحدث A والنتيجة C وذلك عن طريق تشجيع العملاء على إكتشاف الإعتقاد أو الإعتقادات B التى تعمل كمسببات للإستجابات اللاتوافقية. ويتم التدريب على ذلك من خلال الموضوعات التالية:

أ - مشاعر سلبية ترتبط بمشكلات مختلفة.

ب - السيطرة على البواعث إذ يساهم ذلك فى منع حدوث النتائج السلبية.

جـ - وضع مشاعر وأفكار الفرد فى الإعتبار حيث يساعد ذلك على تحديد المشكلة.

د - التغذية الرجعية من أفراد آخرين حيث يمكن أن يساعد ذلك فى حل المشكلة.

هـ - إثارة المفحوصين لمحاولة إكتشاف تلك الأحداث المسببة للإنفعالات السلبية مثل:

- ما الذى جعلنى حزيناً؟
- ما الذى كنت أفكر فيه قبل أن يحدث ذلك؟

- ثالثاً: التقييم:

ويتم من خلال إستخدام عدد من الإختبارات يكشف أداء المفحوصين عليها عن مدى التقدم الذى أحرزوه بعد تطبيق البرنامج. كما يمكن أن يتم ذلك أيضاً من خلال ملاحظة المعالج لأداء المفحوص.

وإلى جانب ذلك هناك عدد من المحكات يمكن إستخدامها فى هذا الصدد ويمكن إجمالها كالتالى:

١ - طبيعة المشكلة التى يتم تحديدها وهل هى ضمنية أم علنية.

٢ - أسلوب حل المشكلات، وهل هو إستقلالى، أم إعتمادى، أم شبه مستقل.

٣ ـ عدد الحلول الإستقلالية التى يتم توليدها.

٤ ـ عدد التقارير البديلة التى تتوفر كتلك الحلول والإستجابات غير المرتبطة بالمشكلة.

٥ ـ عدد الإستجابات غير المرتبطة بالمشكة والتى يتم توليدها.

٦ ـ درجة التفكير المقارن.

٧ ـ القدرة على تبرير الحل الذى يتم إختياره.

٨ ـ درجة التقبل الإجتماعى للحل.

٩ ـ درجة فاعلية الحل أو أثره.

١٠ ـ عدد الأفكار المرتبطة بالمشكلة والقابلة للتطبيق.

١١ ـ عدد الوسائل المقترحة لتحقيق الغايات.

١٢ ـ درجة واقعية الوسائل المستخدمة.

إلا أن تطبيق مثل هذا البرنامج يكتنفه بعض الصعوبات حيث نجد أن بعض مكونات البرنامج ليست سهلة الفهم أو الإستيعاب من جانب ذوى الإعاقة العقلية، وبالتالى يجب إستخدام أمثلة ملموسة ووسائل ومعينات بصرية وتعليمات ذاتية. كما يجب أن نبقى على إهتمام هؤلاء الأفراد بالبرنامج، وهذا يتطلب بطبيعة الحال أن يتعامل ذلك البرنامج مع حاجاتهم المختلفة، وأن نبقى على دافعيتهم للمشاركة فى البرنامج والإستفادة منه.

وفى هذا الإطار تعتبر المهاراة الإجتماعية على درجة كبيرة من الأهمية، وتعد بمثابة بعض عناصر للسلوك ذات أهمية بالنسبة للأفراد حتى يتمكنوا من أخذ المبادأة أو المبادرة فى العلاقات الإيجابية بين الشخصية والإبقاء عليها وإستمرارها. ويذكر أريال (١٩٩٢) Ariel عدداً من هذه المهارات سواء اللفظية أو غير اللفظية التى يمكن تعليمها لهؤلاء الأطفال من بينها:

- **التواصل بالعين:** eye Contact وتعنى قدرة الطفل الإبقاء على تواصله عن طريق العين مع شخص آخر يستمع إليه أو يتحدث معه وذلك لفترة زمنية قصيرة على الأقل.

- **التعبير الوجهى:** facial expression وتعنى القدرة على إظهار أو إستخدام تعبيرات الوجه كالإبتسام أو إبداء الإهتمام للإبقاء على تواصله مع شخص آخر.

- **الإبقاء على المسافة الإجتماعية:** Social distance وتعنى معرفة أين يقف الفرد قياساً بالآخرين، ومعرفة متى يكون التواصل الجسمى غير مناسب.

- **خصائص الصوت:** quality of voice وتعنى المهارة فى إستخدام عدد من الخصائص المتعلقة بالصوت كالحدة، والنغمة، ومعدل الكلام، والوضوح، والمحتوى وذلك فى الإبقاء على التواصل مع الغير.

- **الترحيب بالآخرين:** Greeting others كالبدء بالتواصل أو الإستجابة للترحيب، أو دعوة طفل آخر ليشاركه فى القيام بنشاط معين.

- **التحدث مع الآخرين:** وتعنى مهارات المحادثة التى تتناسب مع العمر الزمنى للطفل، والتعبير عن المشاعر، وتوجيه الأسئلة، وحسن الإستماع، وإبداء الإهتمام، والإستجابة للأسئلة المطروحة.

- **اللعب مع الآخرين والعمل معهم:** وتتضمن الإمتثال للقواعد، والمشاركة، والقدرة على الوصول إلى حل وسط، والمساعدة، وأخذ الدور، وتحية الآخرين، وتقديم الشكر لهم فى المواقف التى تتطلب ذلك، أو الإعتذار لهم فى تلك المواقف التى يجب أن يقدم فيها ذلك.

- **لفت الإنتباه أو طلب المساعدة:** وذلك باستخدام الأساليب التى تتناسب مع تلك المواقف.

- **مواجهة الصراع**: وتتضمن السيطرة على العدوان، والتعامل مع الغضب من جانبه ومن جانب الآخرين بشكل مقبول، وتقبل النقد، والتحلى بالروح الرياضية.

ويقترح أريال Ariel أن يتم التدريب على المهارات الإجتماعية بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً فى ست خطوات كالتالى:

١ ـ **التحديد أو التعيين**: وتعنى تحديد المهارة المستهدفة وبيان أهميتها.

٢ ـ **نمذجة المهارة**: وذلك بتقديمها من خلال نموذج سواء كان ذلك نموذجاً حياً أو نموذجاً رمزياً من خلال الفيديو أو الأفلام أو أفلام الكرتون.

٣ ـ **التقليد**: ويعنى محاولة الطفل أن يؤدى نفس المهارة التى يكون قد تم أداؤها أمامه.

٤ ـ **التغذية الرجعية**: ويمكن إستخدام الفيديو لتوضيح أنه لم يؤد المهارة كما ينبغى.

٥ ـ **إتاحة الفرصة أمام الطفل لإستخدام المهارة**: وذلك عن طريق إشراكه فى العديد من الأنشطة المتنوعة.

٦ ـ **التعزيز**: ويتم بشكل إما مادى أو لفظى وذلك عن طريق المكافأة أو الثناء.

وفى هذا الإطار إستطاع مورفى وكلير (١٩٩١) **Murphy & Clare** تدريب مراهق فى التاسعة عشرة من عمره على المهارات الإجتماعية مما أدى إلى حدوث نقص كبير ودال فى معدل سلوكه العدوانى. وإستطاع شورت وآخرون (١٩٩٣) Short et. al باستخدام أفلام كرتون كنماذج مع أطفال فى العاشرة من العمر من المتخلفين عقلياً وكان يتم عرض تلك الأفلام عليهم كنماذج وذلك لتنمية مهاراتهم الإجتماعية من معارف وإدراك وحساسية فى التفاعل، أن يحسنوا من مستوى المهارات الإجتماعية لهؤلاء الأطفال. كما توصل بوب وجونز (١٩٩٨) Pope & Jones فى دراستهما لخمسة أفراد يعانون من تخلف عقلى

متوسط، وإستخدما فيها مراقبة الذات كأحد عناصر الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك إلى جانب تدريبهم على المهارات الإجتماعية وذلك بغرض التقليل من سلوكهم اللاتواؤمى، فتم تعليم كل منهم أن يرى ويسجل مدى تكرار السلوك المستهدف، وكشفت النتائج أن تلك الإجراءات قد أدت إلى حدوث نقص دال فى السلوك اللاتواؤمى لكل منهم حتى مع عدم إستخدام أى تعزيز خلال الدراسة.

الإضطرابات الإنفعالية والوجدانية

يرى نيزو ونيزو (١٩٩٤) Nezu & Nezu أنه إذا كان أولئك الذين يتلقون العلاج المعرفى السلوكى يتم تشجيعهم على فهم وجداناتهم وعلى تعلم مهارات المواجهة مع أسباب وأعراض تلك الوجدانات فإن ذوى الإعاقة العقلية يعيشون فى بيئات تعج بالعديد من الضغوط التى يتعرضون لها سواء فى العمل أو العلاقات بين الشخصية، ونظراً لإفتقارهم إلى المهارات المختلفة سواء المهارات بين الشخصية أو المهارات الإستقلالية وتعرضهم لتلك الضغوط فإن ذلك يؤثر سلباً على وجداناتهم. ومع ذلك فقد إزداد إستخدام العلاج المعرفى السلوكى مع أعضاء هذه الفئة نظراً لأن:

أ ـ العلاج المعرفى السلوكى يعد وسيلة ثابتة وصادقة لإحداث التغير المرغوب فى الوجدانات وأنماط السلوك.

ب ـ المتخلفين عقلياً يحتاجون إلى تشجيعهم على تعلم المهارات اللازمة لإحداث التغير فى جوانب حياتهم المختلفة، وفى هذا الإطار يعد العلاج المعرفى السلوكى أسلوباً فعالاً لتعلم المهارات.

ومن الجدير بالذكر أن جليك وزيجلر (١٩٩٥) Glick & Zigler يقترحان تفسيراً نظرياً للإختلافات التى يمكن أن تظهر فى فينومولوجيا الإضطراب الإنفعالى لذوى التخلف العقلى البسيط والشديد حيث يريان أن هناك تطوراً نمائياً فى التعبير عن الإضطراب الإنفعالى حيث يتسم السلوك فى المراحل الأولى من التطور باستجابات مباشرة وسريعة ولاتتغير وذلك للمثيرات الخارجية، كما يتسم

الأداء الوظيفى بأنه يكون غير مباشر وتخيلى إضافة إلى أنه يتخذ أنماطاً لفظية أو رمزية. ومن ثم فإن ذوى التخلف العقلى الشديد سوف يظهرون إضطرابهم الإنفعالى من خلال أفعالهم وليس من خلال معارفهم، كما أنه يكون من الأكثر إحتمالاً بالنسبة لهم أن يبدوا أعراضاً تدل على بغضهم للآخرين وليس بغضهم لأنفسهم. فى حين يظهر ذوو التخلف العقلى البسيط كماً أكبر من الأعراض تدل على بغضهم للآخرين كالعدوان الجسمى عليهم، إلى جانب أعراض أقل تدل على بغضهم لأنفسهم كالشكاوى الجسمية وفقد الشهية على سبيل المثال، مضافاً إليها أعراض أخرى تدل على التعبير من خلال الأفعال المباشرة وليس من خلال التفكير. وبالتالى فإن المتخلفين عقلياً الذين يكونوا فى المراحل الأولى من التطور يميلون إلى التعبير عن توترهم بإتجاه الخارج أى يوجهونه نحو الآخرين، فى حين يميل المتخلفون عقلياً الذين يكونون فى المراحل الأعلى من التطور إلى التعبير عن توترهم بإتجاه الداخل أى يوجهونه نحو أنفسهم، كما يعبرون عن مشكلاتهم الإنفعالية بنفس الطريقة أيضاً. وهذا يوضح كيف يختلف التعبير عن الإضطرابات الإنفعالية باختلاف مستويات الإعاقة العقلية، وهو الأمر الذى يجب أن نضعه فى الإعتبار عند التعامل مع أعضاء هذه الفئة ووضع البرامج العلاجية لهم.

ومن المقاييس التى يمكن إستخدامها فى هذا الصدد مقياس الأعراض السيكوباثولوچية للمتخلفين عقلياً The Psychopathology Instrument for Mentally retarded Adults (PIMRA) والذى أعده سيناتور وآخرون Senatore et. al (١٩٨٥) وذلك لتحديد الأعراض السيكوباثولوچية التى تبدو عليهم سواء بشكل عام أو بشكل خاص. ويتكون هذا المقياس من ٦٥ عبارة وقد تم بناؤه فى ضوء الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الثالثة DSM - III والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام ١٩٨٠ ويضم ذلك المقياس سبعة مقاييس فرعية، إلا أن ما يؤخذ عليه أنه قد

تم تصميمه من خلال المعرفة بالأقران العاديين، وعلى هذا فقد قدم بيرودسكى وآخرون (١٩٨٥) Pirodsky et. al مقياساً بيولوچياً للإكتئاب يمكن إستخدامه مع المتخلفين عقلياً وغيرهم بعنوان The Dexamethasone Suppression Test ويكتب إختصاراً DST. وقد وجد هؤلاء الباحثون علاقة دالة إحصائياً بين إثنين أو ثلاثة من الأنماط السلوكية كإلحاق الأذى بالذات، والعدوان الجسمى، والإنسحاب الإجتماعى وبين النتيجة الإيجابية لهذا المقياس. إلا أن تطبيقه على أعضاء هذه الفئة من المتخلفين عقلياً يحدث الكثير من الجدل إذ لايمكن الإعتماد عليه بشكل كبير نظراً لما يتميز به هؤلاء المفحوصون من سمات، ومن ثم يفضل أن يكون هذا المقياس بمثابة مقياس تشخيصى فقط وأن نعتمد إلى جانبه على الملاحظة الإكلينيكية.

هذا وعلى الرغم من وجود كم كبير من الدراسات التى يتضمنها التراث السيكلوچى حول القلق والهلع والإكتئاب وغير ذلك من الإضطرابات الإنفعالية لدى الأفراد العاديين والتى يتراوح علاجها بين التدريب على الإسترخاء، والتحكم التدريجى فى القلق، والعلاجات المعرفية المختلفة التى تتضمن العلاج المعرفى السلوكى، والعلاج المتمركز حول البنية المعرفية، والعلاج المعرفى التحليلى، فإن مثل هذه الدراسات تندر تماماً أو تكاد تنعدم بالنسبة للمتخلفين عقلياً حيث نكاد بصعوبة بالغة نحصل على دراسة واحدة أجريت فى هذا المجال أو حتى تتناول ذلك الأثر البسيط لأى شكل من أشكال العلاج المستخدم مع مثل هذه الإضطرابات. وفى هذا الإطار يقدم لندساى وآخرون (١٩٩٧) Lindsay et. al إقتراحاً نظرياً يتضمن عدداً من الإجراءات التى يمكن أن تتبع لخفض حدة القلق لدى هؤلاء الأفراد، وإن لم توجد هناك أدلة على مدى صحة مثل هذه الإجراءات وقيمتها الإكلينيكية فى خفض حدة القلق لدى المتخلفين عقلياً. وهذه الإجراءات هى:

١ ـ وضع أجندة معينة تتحدد فيها الخطوات التى يمكن أن تتبع خلال الجلسات المختلفة، وهذا بطبيعة الحال يسمح للعميل أن يسير وفق ما تم تحديده له فى هذه الخطوات بشكل منظم ووفقاً لنسق معين، ومن ثم تصبح مثل هذه الأجندة ذات أهمية كبيرة خلال جلسات العلاج. ومن الجدير بالذكر أن هناك نقاطاً معينة يتم تحديدها فى الإجندة حتى يتم تناولها خلال الجلسة بحيث يتم التركيز على كل نقطة من تلك النقاط على أن تكتب النقاط بلغة بسيطة وسهلة ومحددة حتى لايساء فهمها.

٢ ـ تحديد الأفكار السلبية التى يعتقد أنها هى المسئولة عن القلق وذلك كما فى الدراسة التى أجراها ليندساى (١٩٩١) Lindsay عندما قام بتحديد تلك الأفكار من خلال لعب الدور وذلك عن طريق تمثيل بعض الأحداث الصعبة التى مر بها العميل فى الماضى. ويذكر مثالاً لذلك حالة العميل الذى أتى إليه وهو يخاف من وجوده مع إناث فى غرفة واحدة، فطلب منه أن يقوم بلعب هذا الدور وتمثيله، وبعد ثلاث جلسات شعر العميل بالراحة والأمان. وقد لاحظ الباحث أن ذلك العميل كان يبدو عليه القلق أثناء قيامه بلعب الدور، فقام بتوجيه سؤال إليه عما يفكر فيه، فاستطاع بهذه الطريقة أن يحدد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية التى كانت تدور فى ذهنه والتى ذكرها كالتالى:

- لا أستطيع أن أتحمل البقاء هنا مع هؤلاء البنات.
- سوف يصبح وجهى أحمراً.
- إنهن ستضحكن علىّ.
- هذا شىء مزعج بالنسبة لى.
- أنا لا أحب البنات.
- إنه لشىء سىء ومزعج أن توجه حديثك إلى البنات.

كذلك يمكن فى هذا الإطار القيام بلعب الدور العكسى وذلك بين المعالج والعميل، فيقوم العميل بدور المعالج ومن ثم يعمل على توجيه الأسئلة المختلفة إلى (المعالج) الذى يقوم بدور العميل. ويستطيع المعالج الذى يقوم بدور العميل فى تلك الحالة أن يقوم بتوجيه أسئلة لها مغزاها ومدلولها فى العملية العلاجية إلى العميل الذى يقوم بدور المعالج فى تلك الحالة مما يساعد على ظهور الأفكار الأوتوماتيكية السلبية وتحديدها حتى يتم التعامل معها بعد ذلك. كما يمكن أيضاً من خلال هذه الطريقة تطوير وعى العميل بالعلاقة بين مالديه من إعتقاد وتفكير وإنفعال وبين ما يقوم به من سلوك.

٣ ـ تحديد العلاقة بين الأفكار وخبرة القلق والسلوك: ويمكن هنا تحديد وتناول العلاقة بين أفكار العميل ومشاعره وإعتقاداته وسلوكه حيث نجد أن أفكاره الأوتوماتيكية ترتبط باعتقاده وهو ما يؤدى بطبيعة الحال إلى إثارة العديد من الأفكار التى تؤثر على السلوك. ومن ناحية أخرى هناك بعض الإعتقادات لدى الفرد ترتبط بفكرته عن ذاته يصعب فصلها عن الأفكار الأوتوماتيكية وتحديدها حتى تتم مواجهتها. وعند العلاج يتم التعامل مع مثل هذه الإعتقادات على أنها بمثابة أفكار أوتوماتيكية.

٤ ـ تصوير monitoring الأفكار الأوتوماتيكية والمشاعر: وفى هذا الإطار يقدم لندساى (١٩٩٧) Lindsay أسلوباً جديداً لذلك يتم فيه تحديد مثل هذه الأفكار والمشاعر من خلال التعرف عليها فى أفلام الكرتون، كما يتم ذلك أيضاً من خلال مقياس يعرف بمقياس التناظر أو التماثل analogue scale يتسم بالمرونة ويستخدم بشكل يومى لقياس الأفكار والمشاعر. وأحياناً يتم إستخدامه فى المنزل كل ساعة، ويمكن إستخدامه لقياس عدد من المتغيرات كالقلق والخجل والإكتئاب وحتى الإنتباه. ويوضح الشكل التالى مثالاً لإستخدامه مع القلق والذى يعد بمثابة إستمارة لتسجيل الإنفعالات.

ـ هل شعرت بالقلق اليوم؟

الساعة	لا	بدرجة قليلة	بدرجة كبيرة	كثيراً
٩ ـ ١٠ صباحاً				
١٠ ـ ١١ صباحاً				
١١ ـ ١٢ صباحاً				
١٢ ـ ١ ظهراً				
١ ـ ٢ بعد الظهر				
٢ ـ ٣ بعد الظهر				
٣ ـ ٤ بعد الظهر				

٥ ـ تحديد محتوى الإعتقادات من خلال الأفكار الأوتوماتيكية السلبية: وذلك عن طريق لعب الدور على سبيل المثال، فيعاد تمثيل المواقف المثيرة للقلق مثلاً حتى نساعد العميل على فهم العلاقات بين أفكاره ومشاعره المرتبطة بالقلق وبين سلوكه. كما يستخدم لعب الدور أيضاً بصورة مستمرة لمساعدة العميل على ممارسة أساليب للتفكير أكثر تكيفاً فى المواقف الحرجة. وفى هذا الإطار يتم إستخدام لعب الدور كتمهيد لمهام الواجبات المنزلية حيث يمكن للعميل أن يقوم باستخدام مثل هذه الأفكار فى المواقف الواقعية.

٦ ـ مواجهة الإعتقادات اللاتواؤمية: ويتم بعد تحديد تلك الأفكار العمل على دحضها وتفنيدها من خلال المناقشة التى يجريها المعالج مع العميل ويساعده من خلالها على القيام بذلك. ويمكن إستخدام أفلام الكرتون كنماذج فى هذا الإطار على أن يتبعها مناقشة لما يتم فى هذا الصدد خلال الفيلم.

٧ ـ تطوير أفكار تواؤمية من خلال توليد معارف بديلة: ويتم هنا إستخدام أبسط

المعارف التى تظهر بالدليل وذلك فى إطار العلاج. ويتم ذلك باستخدام عكس تلك الأفكار السلبية كلما أمكن. فإذا ما عدنا إلى المثال الذى ذكرنا فيه أن من بين الأفكار التى قدمها العميل أنه قال: «أن البنات سوف يضحكن علىّ» وذلك حينما كان لايريد أن يجلس فى غرفة واحدة مع بنات، فيمكننا هنا أن نستخدم عكس هذه الفكرة فنقول: «لن يضحك علىّ أى إنسان»، وكذلك الحال بالنسبة لفكرة أخرى ولتكن مثلاً: «إنه لشىء سىء أن تتحدث إلى البنات» لتصبح بعد أن نستخدم عكسها «إنه لشىء جيد أن تتحدث إلى البنات». وبهذه الطريقة تصبح الفكرة مساعدة ويتم بالتالى التأكيد عليها فى تناول المواقف المثيرة للقلق بدلاً من تناولها فى مواقف الخوف أو تلك المواقف التى يحدث فيها إضعاف المكانة أو الحط من القيمة الذاتية.

٨ - التدريب على هذه الأفكار خلال جلسات العلاج من خلال لعب الدور: وقد إستخدم لندساى Lindsay تلك الفنية فى دراساته السابقة ١٩٩١، ١٩٩٣. ويعد لعب الدور ولعب الدور العكسى تمهيداً لمهام الواجبات المنزلية مما يساعد العميل على إستخدام تلك الأفكار فى مواقف الحياة الواقعية المتباينة.

٩ - تكوين إفتراضات بنائية جديدة حول الذات: ومن المعروف أن مثل هذه الإفتراضات تتم بناء على تحديد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية حول الذات، ثم تناول عكس هذه الأفكار بعد دحضها وتفنيدها، أى تتم مواجهتها، ويتم بعد ذلك تطوير أفكار تواؤمية من خلال المعارف البديلة.

١٠ - إعطاء الواجبات المنزلية وذلك لمراجعة المعارف اللاتواؤمية وتعزيز الإفتراضات البنائية الجديدة عن الذات والأفكار التواؤمية، ومن ثم تصبح المهام المتضمنة فى الواجبات المنزلية ذات أهمية إذ يمكن من خلالها تصوير الأفكار اللاتواؤمية التى تحدث خلال الأسبوع، كما أنها تعمل أيضا على توفير مواقف تتم فيها ممارسة الأفكار التواؤمية والتدريب عليها.

هذا وقد إستخدام لندساى Lindsay (١٩٩١) أسلوب لعب الدور للتخفيف من

الأفكار الأوتوماتيكية السلبية المتعلقة بالقلق، ثم قام بتبديل الأدوار بين المعالج والعميل، وقام كذلك بمناقشة الأسباب المؤدية للقلق مع العميل وإستخدم إلى جانب ذلك مراقبة وتصوير الأفكار والمشاعر، وأفلام الكرتون لتوضيح المشاعر وذلك لدى عميل واحد نسبة ذكائه ٦٧ على مقياس وكسلر، ويبلغ من العمر الزمنى ٢٧ سنة، وإستغرق البرنامج العلاجى أربعة عشر أسبوعاً، وكشفت النتائج عن حدوث نقص كبير فى الأفكار السلبية المتعلقة بالقلق وهو ما أدى إلى خفض حدة القلق لدى هذا المفحوص. وهذا يدل بطبيعة الحال على فاعلية البرنامج المستخدم فى خفض حدة القلق. كما كشفت الدراسة التتبعية بعد ستة شهور عن إستمرار إنخفاض مستوى القلق لدى العميل. ومن ناحية أخرى قام لالى (١٩٩٣) Lally باستخدام أفلام كرتون كنماذج لتدريب عينة من الأطفال من المتخلفين عقلياً فى العاشرة من أعمارهم على فهم وإستيعاب البشاشة كانفعال، إضافة إلى إستيعاب الإنفعالات الإيجابية. ووجد أن البرنامج قد أدى إلى قدر كبير من التحسن فى قدرة هؤلاء الأطفال على فهم وإستيعاب تلك الإنفعالات.

وفيما يتعلق بالغضب يرى نوفاكو (١٩٩٣) Novaco أن خبرات الغضب الخاصة بالمتخلفين عقلياً الموجودين داخل المؤسسات الخاصة بهم تنحصر فى بيئاتهم الفيزيقية (المادية) والإجتماعية. كما أن الفرص المتاحة أمامهم للمتعة والعمل والأنشطة الإجتماعية تعد محدودة، إضافة إلى أنهم كثيراً ما يتعرضون لإساءة الإستخدام اللفظى والجسمى من جانب المشرفين نظراً لنشاطهم الزائد، وهو ما يؤدى فى الغالب كما يرى أتوود وجوكيم (١٩٩٤) Attwood & Joachim إلى تعرض هؤلاء المشرفين للإحتراق النفسى. ويرى مكالباين وآخرون (١٩٩١) Mc Alpine et. al أن العديد من المتخلفين عقلياً يعانون من صعوبات فى التذكر، والتنظيم السلوكى، والتعبير عن إنفعالاتهم المختلفة كانفعال الغضب على سبيل المثال والذى يعد من الإنفعالات السلبية القوية، كما أنهم لايستطيعون القيام بالتمييز بين الإنفعالات. ويضيف باتيس (١٩٩٢) Bates إلى ذلك عجزهم عن التعبير بشكل مناسب ومقبول عن إنفعالاتهم السلبية. ويرى هولت (١٩٩٤)Holt

أن العجز فى التعبير عن الإنفعالات يعنى أنه قد يتم تجاهل حاجات الفرد أو حزنه، أو قد تتم إثارة ذلك حتى يتفاقم وهو ما يؤدى إلى أن تنشأ دائرة مفرغة من السلوك العدوانى. وقد يدل الغضب فى مثل هذه الحالة على عدم قدرة المشرفين على التعاطف معهم وعلى إقامة علاقات متبادلة معهم.

ويرى كل من نوفاكو ووِيلش (١٩٨٩) Novaco & Welsh أن هناك عدداً من العوامل المعرفية تتوسط حدوث الغضب. ويشير مثل هذا التوسط المعرفى إلى تلك العمليات المعرفية التى تحدث قبل الحدث الذى يؤدى إلى هذه الإثارة، وأثناء إدراك هذه الحدث وذلك كجزء من العملية الإدراكية، وكذلك بعد حدوث مثل هذا الحدث. وأن مثل هذه العمليات تؤثر على السلوك وتتأثر به، ومن ثم ترتبط بالسلوك إرتباطاً وثيقاً، وتصبح من جرائها توقعات الشخص المرتبطة بالموقف غير واقعية وجامدة أى غير مرنة، وتؤدى به إلى زيادة مدى ومدة الحساسية للإشارات الموقفية المرتبطة بالأبنية العقلية المرتبطة بتلك الإثارة. وعلى ذلك تتأثر العمليات الإدراكية كاليقظة والنشاط، والإنتباه الإنتقائى، وأهمية الإشارة بالوضع المعرفى وبالمتغيرات المرتبطة بالسياق. وتعد عمليات التقييم والتى يتم بمقتضاها إعطاء المعانى الشخصية للأحداث ذات أهمية محورية وجوهرية بالنسبة للانفعالات والتوترات.

وفيما يتعلق بإثارة الغضب فإن الأفعال التى تصدر عن الآخرين يمكن تفسيرها على أنها تهديد للصورة الذاتية للفرد، وبالتالى تعتبر عدوانية ومن ثم تحظى بأهمية شخصية مبالغ فيها. ويرى هاويلز (١٩٨٩) Howells أن توجيه اللوم للآخرين يعد بمثابة مظهر أساسى بالنسبة للغضب، أما باندورا (١٩٧٣) Bandura فيرى أن إجترار الأفكار حول حدث معين يطيل من الإثارة الحادثة. إلا أن أهمية الإجترار فى التأثير على مدة دوام الغضب وردود الفعل المرتبطة به لايمكن إعطاؤها مزيداً من التركيز وذلك حتى نستطيع فهم خبرات الغضب لدى المتخلفين عقلياً الذين يقيمون فى تلك المؤسسات الخاصة بهم حيث يرى هاويلز (١٩٨٩) Howells أن هناك العديد من الصعوبات فى التقييم الإكلينيكى للأفراد الذين يعانون من الغضب ويقيمون فى مثل هذه المؤسسات نظراً لأن هذا التقييم يعتمد على مقاييس التقرير

الذاتى للغضب مثل ذلك المقياس الذى أعده نوفاكو (١٩٨٣) Novaco والمسمى بمقياس نوفاكو للغضب والإثارة Novaco Provocation Inventory ومقياس الغضب كسمة وكحالة أو ما يعرف بحالة وسمة الغضب الذى أعده شبيلبرجر وآخرون (١٩٨٣) Spielberger et. al والمعروف Spielberger State - trait anger Scale. وفى هذا الإطار قام نوفاكو (١٩٩٤) Novaco بتطوير مقياس جديد يقوم على إطار مفاهيمى يستخدم مع عينات مختلفة من المرضى.

وفيما يتعلق بالعلاج المعرفى السلوكى للغضب فقد بدأ على يدى نوفاكو (١٩٧٥) Novaco وبمرور الوقت تم تطويره وتعديله على أنه إتجاه يقوم على تطوير مهارات مواجهة الضغوط والتوترات حيث يهدف إلى تطوير مهارات المواجهة التى يتم تطبيقها بشكل تدريجى أى عن طريق التعرض التدريجى لجرعات من الإثارة. ويضم إجراء يتضمن ثلاث مراحل هى الإعداد المعرفى، وإكتساب المهارة، والتدريب على التطبيق وهو ذلك الإجراء الذى قدمه ميتشنبوم Meichenbaum منذ البداية لعلاج المشكلات المتعلقة بالقلق ثم طوره نوفاكو (١٩٧٧، ١٩٨٠)Novaco لعلاج الغضب المزمن. وتتألف المكونات الأساسية للعلاج من:

١ ـ إعادة البناء المعرفى. Cognitive reconstructing

٢ ـ خفض أو تقليل الإثارة. arousal reduction

٣ ـ التدريب على المهارات السلوكية. behavioral Skills training

ومن الصعوبات التى تواجه علاج أولئك الأفراد الذين يعانون من الغضب أن العديد من هؤلاء الأفراد يتسمون بالعدوانية والتعجل والإندفاعية والقابلية للإثارة، كما يميلون للحساسية الزائدة للتهديد المدرك ويستجيبون لذلك بشكل عدوانى. وغالباً ما يجد المعالجون صعوبة فى مواجهة مثل هذه الإنفعالات الصعبة. ونظراً لوجود بعد خارجى فى الغضب يرى نوفاكو (١٩٩٤) Novaco أن ذلك قد يمنع الفرد من قبول المسئولية الشخصية عن حدوث تغير، كما أنه يؤثر سلباً على دافعية الفرد تجاه العلاج.

هذا ويمكن إستخدام العلاج المعرفى السلوكى فى علاج مشاعر الغضب والإحباط لدى المتخلفين عقلياً، إلا أن بلوندين وألان (١٩٨٧) Blunden & Allen يريان أنه نادراً مايتم تناول تلك الصعوبات المرتبطة بمشاعر الغضب لدى أعضاء هذه الفئة. ولم تصل بنسون Benson وزملاؤها (١٩٨٦) إلى نتائج مشجعة عند إستخدامهم للتعديلات التى أدخلها نوفاكو Novaco على علاج الغضب بالرغم من حدوث نقص فى متوسط درجات أعضاء المجموعات التى تم إجراء تلك الدراسة عليها من المجموعات الأربع التى تضمنتها العينة حيث تم إستخدام التدريب على الإسترخاء مع المجموعة الأولى، والتعليم الذاتى مع المجموعة الثانية، وحل المشكلات مع المجموعة الثالثة، أما المجموعة الرابعة فقد إستخدم أعضاؤها كل هذه الأساليب معاً، ولم تكن الفروق بين هذه المجموعات دالة، وهو الأمر الذى جعل بنسون (١٩٩٤) Benson تركز فى تناولها للغضب على إجراء يتضمن مكوناً عن تعيين الحالات الإنفعالية.

وعند محاولتهما لخفض حدة الغضب والعدوانية لدى مراهق متخلف عقلياً فى التاسعة عشرة من عمره إستخدام مورفى وكلير (١٩٩١) Murphy & Clare برنامجاً علاجياً لمدة عام تضمن أسلوب الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك وذلك لضبط الغضب وما يتبعه من عدوانية، إضافة إلى مراقبة الذات، والتدريب على المهارات الإجتماعية، ومهارات مواجهة المواقف المثيرة للغضب. وأوضحت النتائج حدوث نقص كبير ودال فى العدوان الجسمى واللفظى للمفحوص بعد البرنامج العلاجى، وهو ما يؤكد فعالية ذلك البرنامج فى تعديل السلوك. ودرس بلاك ونوفاكو (١٩٩٣) Black & Novaco حالة عميل فى نهاية العقد الرابع من عمره وذلك لخفض حدة العدوان الجسمى واللفظى لديه، وهدف العلاج بطبيعة الحال إلى تعديل سلوكه. وقد قسما البرنامج العلاجى إلى ثلاث مراحل أطلقا على المرحلة الأولى منه مرحلة الإعداد المعرفى، وتم تقسيمها إلى جزءين يعرف أولهما بمرحلة مراقبة الذات، أما الثانى فيعرف بمرحلة الحصول على المعلومات، وحددا لكل مرحلة فرعية منهما أربع جلسات علاجية. بينما أطلقا على المرحلة الثانية

إسم مرحلة إكتساب المهارة، وقسماها أيضاً إلى مرحلتين فرعيتين تعرف الأولى بمرحلة إثارة العميل لخفض حدة العدوانية، والثانية تعليم إستراتيجيات المواجهة، وحددا لكل مرحلة فرعية منهما عشر جلسات علاجية، فى حين أطلقا على المرحلة الثالثة التدريب أو التطبيق وإستمرت حتى نهاية الدراسة التتبعية. وإستخدما فنيات مراقبة الذات، والمناقشة، وخفض الإثارة، والتدريب على المهارات السلوكية والإجتماعية. وأوضحت النتائج أن العميل قد حقق ضبطاً كبيراً للغضب والعدوان ساعده على تعديل سلوكه وضبط نفسه عند شعوره بالغضب، كما ساعده أيضاً على التفاعل مع الآخرين. وباستخدام نفس هذه الإجراءات إضافة إلى لعب الدور، ومراقبة الذات وذلك خلال برنامج علاجى إستمر لمدة تسعة شهور درس لندساى وآخرون (١٩٩٤) Lindsay et. al حالات أربع من الذكور المراهقين المتخلفين عقلياً وذلك لخفض حدة الغضب والعدوانية لديهم. وأوضحت النتائج أن إثنين منهم قد تحسنا بشكل كبير ودال، بينما تحسن الثالث بشكل بسيط، أما بالنسبة للرابع فلم يكن هناك دلالة للتحسن الذى طرأ عليه.

وبذلك يتضح أن ذوى الإعاقة العقلية البسيطة يمكن أن يستفيدوا من المكونات الفردية للعلاج المعرفى السلوكى مثل المراقبة الذاتية، والتعليم الذاتى، والسيطرة على الإندفاعات، والتدريب على الإسترخاء، وحل المشكلات الإجتماعية.

ويرى نوفاكو (١٩٩٤) Novaco أن هناك عدداً من الصعوبات التى ترتبط بعلاج الغضب لدى ذوى الإعاقة العقلية، وهى:

١ - الظروف البيئية:

وتعمل مثل هذه الظروف على إثارة الغضب، ومن أمثلتها الخبرات المبكرة، ونماذج الدور المستخدمة فى حل الصراع، والإبعاد من المدرسة (الفصل)، والمشكلات التى تعترض إقامة علاقات مع الآخرين، وأنماط السلوك العدوانى، والعلاجات السابقة.

٢ ـ المحددات المعرفية:

وتتضمن تقييم الأبنية والعمليات المعرفية قبل الأحداث المسببة للغضب (الأبنية، والتوقعات) وأثناء إدراك تلك الأحداث (النشاط واليقظة، والإنتباه الإنتقائى، ومغزى الإشارة، والتقييم) وبعد الأحداث (الإجترار، والإنعكاسات). كما تؤكد أيضاً على المعنى الشخصى للأحداث، وعلى تلك المتغيرات التى تضخم أو تقلل من ذلك المعنى.

٣ ـ الإثارة الجسمية:

ويتم التركيز على نمط الإثارة ومغزاها، والإستراتيجيات المستخدمة لتقليلها، وأثر الإثارة الزائدة على الفرد كتلك الآثار الناتجة عن مشكلات النوم ونقص الإهتمام بمتابعة الأفعال، والعوامل التى تزيد أو تقلل من هذه الإثارة.

٤ ـ المظاهر السلوكية:

ومن هذه المظاهر التعبيرات غير المباشرة، والميكانيزمات التى يلجأ إليها الفرد مثل القمع أو الإنسحاب أو التجنب، وأثر تلك المظاهر على السلوك.

وحتى يكون هذا الأسلوب العلاجى فعالاً مع ذوى الإعاقة العقلية لابد أن نتغلب على نقص الدافعية لديهم حيث يجب أن يكون هناك دافعية لدى الفرد كى يشترك فى البرنامج العلاجى ويقبل عليه حتى يتم التغيير. وفى هذا الإطار حاول وتمان (١٩٩٠) Whitman التغلب على نقص الدافعية وتصحيح الإعتقادات السلبية الخاطئة لدى عينة من المتخلفين عقلياً باستخدام الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك، ومن ثم تعميم هذه الخبرة على مواقف أخرى لم يتم التدرب عليها. وبدأ التدريب باستخدام مناقشة مفتوحة، ثم التدريب خلال الجلسات على العناصر الجديدة المطلوبة فى التنظيم الذاتى وذلك من خلال لعب الدور والنمذجة مع إعطاء واجبات منزلية. وحاول خلال الجلسات التى إستمرت ثمانية أسابيع أن يشرك المفحوصين فى أنشطة تهدف إلى زيادة دافعيتهم وإهتمامهم فى الوقت الذى يعمل فيه على تصحيح إعتقاداتهم وأفكارهم الخاطئة والتى قد تعوق إنتقال أثر

التدريب. وكشفت النتائج عن فاعلية هذا البرنامج وفاعلية إستراتيجية الضبط الذاتى للسلوك حيث حدث تحسن دال فى سلوك هؤلاء المفحوصين.

ولكى يستطيع الفرد بوجه عام أن يستفيد من برنامج العلاج المعرفى السلوكى هناك عدد من الشروط التى يجب أن تتوفر والتى يعمل المعالجون جاهدين لضمان مدى توفرها لدى ذوى الإعاقة العقلية حتى يمكنهم الإستفادة من البرنامج. وهذه الشروط هى:

١ ـ مهارات التواصل:

ويمكن قياس التواصل التعبيرى أو اللفظى من خلال مهام تعتمد على الطلاقة اللفظية والقدرة على الوصف كوصف المشاهد المصورة على سبيل المثال. ويمكن فى هذا الإطار قياس التواصل المدرك باستخدام مقياس المفردات المصورة والمعروف بإسم The British Picture Vocabulary Test الذى أعده دون ودون Dunn & Dunn (١٩٨١) والذى يوضح المستوى العمرى للمفحوص من خلال تعبيره عن المفردات المسموعة.

٢ ـ الإستعداد المعرفى:

ويتم قياسه من خلال المراقبة الذاتية وتصوير القدرات الأولية لفهم وتمثيل التدرج «أكبر من» أو «أصغر أو أقل من» على سبيل المثال، وتسجيل الأحداث التى تتضمن الإثارة، إلى جانب تحديد مدى القصور فى الذاكرة قصيرة المدى، والإنتباه، والتركيز.

٣ ـ التحديد الإنفعالى:

ويعد التعرف على الإنفعالات وتحديدها وتسميتها لدى الفرد والآخرين أمراً ضرورياً لنجاح العملية العلاجية. ويمكن فى هذا الإطار إستخدام الصور وشرائط الفيديو أو أفلام الكرتون أو حتى البرامج التليفزيونية العادية. وترى بنسون Benson (١٩٩٤) أن تمييز مشاعر الغضب عن السلوك العدوانى يعد أمراً جوهرياً فى هذا الصدد.

٤ ـ مهارات التفاعل الإجتماعى:

يعد الغضب إنفعالاً إجتماعياً يتضمن العديد من المثيرات التى تحدث فى سياق التفاعلات الإجتماعية. ويرى هولين وتراور (١٩٨٦) Hollin & Trower أنه يمكن تقييمه باستخدام لعب الدور. ويهدف العلاج إلى تطوير إستراتيجيات ملائمة من الناحية الإجتماعية للتعبير عن الغضب وحل الصراع مما يستوجب تحديد وتصوير المهارات الإجتماعية المطلوبة.

أما فيما يتعلق بالإكتئاب فمن الغريب أن تشخيص وعلاج الإكتئاب لدى ذوى الإعاقة العقلية لم يتلق سوى قدراً ضئيلاً جداً من الإهتمام من جانب علماء النفس والطب النفسى على الرغم من وجود العديد من العوامل المسببة للإكتئاب لدى الأفراد العاديين يعانى منها أعضاء هذه الفئة مثل نقص المساندة الإجتماعية والبطالة. ومن الأكثر إحتمالاً بالنسبة للمتخلفين عقلياً أن يصابوا بالإكتئاب قياساً بغيرهم من المجموعات الأخرى حيث يتعرض هؤلاء الأفراد خلال مرحلتى الطفولة والمراهقة للعديد من خبرات الفشل سواء فى داخل الأسرة أو فى المدرسة نتيجة لما لديهم من عجز معرفى وقصور عقلى مما يكسبهم مشاعر العجز.

وترى ريس وبنسون (١٩٨٢) Reiss & Benson أنه من المحتمل بالنسبة لأعضاء هذه الفئة أن يخبروا عدداً من الإتجاهات الإجتماعية السلبية التى تتضمن وصمهم بالإعاقة العقلية، والإحتفاظ بخصائص الطفولة الجسمية والعقلية والإنفعالية إلى ما بعد سن البلوغ، وتسميتهم بالمتخلفين عقلياً وهو ما يجعل القليلين فقط هم الذين يهتمون بهم أو يتحدثون معهم عن مشاعرهم بشكل جدى. وهذا ما يجب أن يضعه المعالجون نصب أعينهم. كذلك فإن أعضاء هذه الفئة يحتاجون إلى أن يخبروا تقديراً لذواتهم بشكل كاف، وأن يكون لديهم مفهوماً إيجابياً للذات حتى يكون باستطاعتهم أن يحموا أنفسهم من التغذية الرجعية السلبية التى يتلقونها من الأفراد العاديين. وهنا يمكن إستخدام برامج إرشادية، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والعلاج الجماعى. ويجب أن يتضمن التدريب على المهارات الإجتماعية المهارات التوكيدية والوعى الإنفعالى.

ويرى دافيز وروجرز Davis & Rogers (١٩٨٥) عند إستعراضهما للتراث السيكلوچى الذى يتضمن برامج التدريب على المهارات الإجتماعية لذوى الإعاقة العقلية أن أربع دراسات فقط من مجموع إثنتين وثلاثين دراسة هى التى إهتمت بالمهارات التوكيدية، مع أن التدريب على توكيد الذات وعلى التعبير عن مشاعر الغضب والحزن فى إطار مقبول إجتماعياً يعد أهم من تدريبهم على الكيفية التى يمكن بمقتضاها أن يكونوا مهذبين. ويرى سكلوس Schloss (١٩٨٢) أن الدراسات التى أجريت فى هذا الإطار قد أوضحت أن المتخلفين عقلياً لديهم قدر ضئيل جداً من مهارات التفاعل الإجتماعى ومن الأكثر إحتمالاً بالنسبة لهم أن يعانوا من الإكتئاب. ويعتمد العلاج فى مثل هذه الحالة على تطوير أساليب مواجهة للمواقف الإجتماعية الصعبة التى يتعرضون لها وعلى مواجهة إتجاهات الأفراد العاديين نحوهم.

ومن الجدير بالذكر أن عقد الثمانينيات قد شهد قبولاً من جانب المشتغلين بالصحة النفسية بأن المتخلفين عقلياً يمكن أن يخبروا إضطراباً نفسياً أو سيكاترياً ومن ثم يصبح لهم تشخيص مزدوج وذلك بعد أن كان الأخصائيون يرون غير ذلك فى الماضى. ويرى بعض الباحثين والأطباء الممارسين أن المتخلفين عقلياً ليس لديهم القدرة العقلية الكافية التى تؤهلهم للتعبير عما لديهم من مشاعر إكتئابية، فى حين يرى آخرون أنهم لايخبرون الإكتئاب نظراً لتلك القدرة العقلية المحدودة التى يتسمون بها، والتطور الدينامى النفسى المحدود من جانبهم، وعدم وصولهم إلى درجة مقبولة من النضج العقلى وهى ما تعد كما يرى سيناسون Sinason (١٩٩٢) بمثابة شروط ضرورية لأى إضطراب وجدانى. ومن ناحية أخرى هناك جدل كبير يدور بين المعالجين ذوى التوجه المعرفى حول ما إذا كان أعضاء هذه الفئة يمكن أن يعانوا فعلاً من الإكتئاب أم لا حيث يرى بيك Beck أن الإكتئاب يحدث إذا ما وجدت لدى الفرد مجموعة من الإعتقادات السلبية حول الذات، وحول أحداث الحياة، وحول توقعاته للمستقبل. ومن ثم يرى البعض أن المتخلفين عقلياً لايمكنهم إدراك حياتهم بهذا الشكل، وبالتالى لايمكن بالنسبة لهم

أن يعانوا من الإكتئاب. وما يؤيد ذلك أن بعض الباحثين قد وجدوا أن توزيع التشخيص السيكاترى بين المتخلفين عقلياً يختلف عن مثيله بين الأسوياء حيث يزداد الفصام بينهم قياساً بالإكتئاب أو القلق بين العاديين. إلا أن أولئك الذين يؤيدون فكرة تعرض المتخلفين عقلياً للإكتئاب يرون أنهم لايعبرون عن المشاعر الإكتئابية بشكل مباشر، بل يجب أن نستنتج نحن الأعراض والأنماط السلوكية الدالة عليه والتى من أهمها العدوان الجسمى، وإتلاف الممتلكات. وفى حين نجد أن الأفراد ذوى التخلف العقلى البسيط تظهر لديهم الأعراض الإكتئابية مثلما يحدث بالنسبة للعاديين، فإن الأمر يختلف بالنسبة للتخلف العقلى الشديد حيث يعتمد التشخيص السيكاترى فى تلك الحالة على التغيرات فى الوظائف البيولوچية والسلوك.

تعليق عام

يرى المؤلف أنه من الملاحظ فى هذا الصدد أن عقد التسعينيات قد شهد إهتماماً متزايداً بتطبيق أساليب العلاج المعرفى السلوكى على ذوى الإعاقة العقلية، وأن التعديلات التى تم إجراؤها على التقارير الذاتية كى تتناسب معهم يمكن أن تأتى بنتائج جيدة.

وبالنسبة لنموذج تراور وآخرين Trower et. al والذى تم تطويره على غرار نموذج إليس Ellis فإنه يهدف إلى مساعدة هؤلاء الأفراد على تنفيذ المهام البسيطة المتضمنة فى البرنامج العلاجى، وبالتالى فهو يعتبر محاولة لتحسين الأداء المعرفى لأعضاء هذه الفئة مع العلم بأن بعضهم لن يكون قادراً حتى على إستخدام أبسط أنواع العلاج معرفياً وسلوكياً. ولكن يمكننا من خلال البرنامج وبعد إنتقاء نوعية معينة من هؤلاء الأفراد هم الأكثر ذكاء وتدريبهم على أداء مهارات معينة أن نساهم فى تقدمهم بحيث يصبحون قادرين على تحديد الإنفعالات المختلفة وتسميتها والتحكم فيها ما أمكن.

وفيما يتعلق بالتكنيكات المستخدمة فإن تكنيك الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك يؤدى نتيجة التدريب على مهارات معينة إلى مساعدة هؤلاء الأفراد على ضبط

سلوكهم إلى حد مقبول. ولذلك ركزت غالبية الدراسات التى أجريت فى ذلك المجال على هذا التكنيك. ويتضمن التدريب على التواصل عدداً من عناصر الضبط الذاتى للسلوك، كما تعمل الأنماط السلوكية كأفعال تواصلية لفظية، ويصبح له فاعليته فى خفض أو تقليل السلوك اللاتواؤمى. أما تكنيك التعليم الذاتى والذى يقوم على تكرار الكلام الذى يتلقاه الفرد عن شخص آخر حتى يؤدى مهارة معينة أى ضبط السلوك عن طريق الحديث الذاتى فيؤخذ عليه أن أعضاء هذه الفئة على الرغم من أنهم يتعلمون مهارات معينة من خلال هذا التكنيك إلا أنهم لايستطيعون تعميم ما تعلموه على مهارات أخرى أو نقلها لمهارات أخرى حيث لا يستطيعون أن يكرروا فى مثل تلك المواقف نفس التعليمات التى تدربوا عليها من قبل، وهو بذلك يختلف عن إتجاه حل المشكلات، وربما يرجع ذلك إلى أن أحدهما نظرى والآخر عملى. كما أن هناك صعوبات لفظية تعوق تقدم أعضاء هذه الفئة، إلى جانب أنه من الأكثر إحتمالاً بالنسبة لهم أن يتعلموا تلك المهارات التى تؤدى أمامهم من قبل أفراد آخرين قياساً بتلك المهارات التى يتعلمونها عن طريق التعليم الذاتى والتى تتشكل تدريجياً أمامهم.

وبالنسبة لبرنامج حل المشكلات المقترح فإنه يجب عند التعامل مع هذه الفئة أن تكون المشكلات التى نتناولها ملموسة، وأن نجذب إنتباه المفحوصين للبرنامج حتى يمكن أن يحدث إنتقال لأثر هذا التدريب، وأن نجعلهم يتواءمون مع الخبرات التى نقدمها لهم لأن عدداً غير قليل منهم لديه خبرات محدودة جداً، كما يجب أن نعمل على ألا تكون دافعيتهم للبرنامج منخفضة. ومع ذلك فلا يزال غير واضح ما إذا كانت تدخلات علاجية معرفية سلوكية معينة تؤدى إلى تغيرات معرفية متوقعة أم لا، وأن مثل هذه التغيرات تؤدى إلى تغيرات متوقعة فى السلوك وإن كانت الدراسات التى إستخدمت حل المشكلات قد أكدت فاعليته. أما فيما يتعلق بندرة أو إنعدام الدراسات حول إضطراب القلق أو الهلع أو الإكتئاب وغيرها على

ذوى الإعاقة العقلية على الرغم من وجود كم كبير منها على الأفراد العاديين فإن ذلك يمكن أن يرجع إلى أن هذه الفئة لاتمثل سوى قدر ضئيل فقط من الإهتمام فى مجال البحث الإكلينيكى، وأن الخلل الموجود فى النسق المعرفى لدى أعضاء هذه الفئة لايجعل لديهم معارف ثابتة، ويترتب على ذلك أنه يصبح من الصعب التأكد من أن التغيرات التى سوف تحدث تعود إلى التدخل الإكلينيكى. هذا إلى جانب أن بعض الباحثين يفترض أن القلق على سبيل المثال كاضطراب يتبع نفس النهج لدى كل الأفراد، وبالتالى لاداعى لتركيز البحث فى هذا المجال على أعضاء هذه الفئة نظراً لما يمكن أن يصادفنا من صعوبات وعقبات، وإن كان البعض يرى أن الأمر يختلف فى حالة الإعاقة العقلية حيث تعمل المعارف بطريقة مختلفة، وهذا ما دفع لندساى وآخرين (١٩٩٧) Lindsay et. al إلى إفتراض عدة إجراءات فى نموذج يمكن إستخدامه لخفض حدة القلق لدى ذوى الإعاقة العقلية. إلا أنه للآن لايزال على المستوى النظرى ولاتوجد أى أدلة على مدى صحته. ولكنه مع ذلك يعد خطوة فى سبيل الإهتمام بالمتخلفين عقلياً، ومن المؤكد أنه سوف تجرى دراسات مستقبلاً على هذا النموذج وسوف نتأكد من خلال نتائجها من مدى ملاءمة ذلك النموذج وفاعليته.

ومن ناحية أخرى يرى المؤلف أنه يتضح من خلال إستعراض التراث السيكلوچى الذى يتناول تطبيقات العلاج المعرفى السلوكى على المتخلفين عقلياً أن هذا يعد تطوراً حديثاً نسبياً، وأن زيادة عدد الدراسات التى أجريت على أعضاء هذه الفئة يعكس إهتماماً متزايداً بهم. ويتضح من هذه الدراسات تعدد التكنيكات المستخدمة فى العلاج المعرفى السلوكى، فاستخدمت دراسات لندساى (١٩٩١) Lindsay، ولالى (١٩٩٣) Lally، وشورت وآخرين (١٩٩٣) Short et. al أفلام الكرتون، وإستخدمت دراسات ثيرمان ومارتن (١٩٨٩) Thierman & Martin، ووتمان (١٩٩٠) Whitman، وديوراند وكار (١٩٩١) Durand & Carr، ومورفى وكلير (١٩٩١) Murphy & Clare ودبيس والسمادونى (١٩٩٨) الضبط أو

التنظيم الذاتى للسلوك، وإستخدمت دراسات لندساى (١٩٩١) Lindsay، ولندساى وآخرين (١٩٩٤) Lindsay et. al لعب الدور. فى حين إستخدمت دراسات هوجيز (١٩٩٢) Hughes، ووليامز وآخرين (١٩٩٦) Williams et. al التعليم الذاتى. كما تنوعت السلوكيات المستهدفة فى هذه الدراسات بين التدريب على مهارات التواصل وحل المشكلات، والتدريب على مهارات مهنية معينة، وفهم البشاشة والإنفعالات الإيجابية، وخفض حدة الغضب والعدوان. أما دراسة لندساى (١٩٩١) Lindsay فكانت هى الوحيدة التى هدفت إلى التخفيف من الأفكار الأوتوماتيكية السلبية التى تتعلق بالقلق.

هذا وتتراوح تلك الدراسات بين دراسات قامت على دراسة حالة واحدة فقط مثل دراسات مورفى وكلير (١٩٩١) Murphy & Clare، ولندساى (١٩٩١) Lindsay، وبلاك ونوفاكو (١٩٩٣) Black & Novaco إلى دراسات تناولت مجموعات صغيرة من المفحوصين وهى باقى الدراسات التى أوردناها فى هذا الفصل.

كذلك يتضح من هذه الدراسات أن العديد منها يهدف إلى تحسين المهارات الإجتماعية لذوى الإعاقة العقلية، أو تحسين أدائهم فيما يتعلق بالدقة والسرعة وذلك فى المواقف الأكاديمية أو فى مواقف العمل. وبذلك فهى تتركز حول الضبط الإجتماعى وما يتعلق به من مهارات، وأن أسلوب الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك وكذا التدريب على التواصل هما الأفضل فى هذا الإطار، كما تحقق من خلالهما نتائج مبشرة. وفى الوقت ذاته لم تتعرض هذه الدراسات لتلك الإضطرابات التى يمكن أن يتعرض لها هؤلاء الأفراد كالقلق والإكتئاب والهلع وغيرها، ويبدو أن دراسة لندساى (١٩٩١) Lindsay هى الوحيدة التى تم فيها تناول موضوع القلق.

وفيما يتعلق بالنتائج التى كشفت عنها هذه الدراسات فهى تؤكد فى مجملها أن أعضاء هذه الفئة يمكنهم الإستفادة من العلاج المعرفى السلوكى بتكنيكاته المختلفة حيث يؤدى ذلك إلى خفض معدل السلوك اللاتواؤمى من جانبهم مما يساعدهم فى تقليل مشكلاتهم السلوكية، ويؤدى فى الوقت ذاته إلى زيادة توافقهم الإجتماعى، ويساعدهم على الإنخراط فى الحياة، ومن ثم فهى تعد بذلك نتائج مبشرة. .

* * *

المراجع

١ ـ أحمد عكاشة: الطب النفسى المعاصر. ط ٨ ـ القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٢.

٢ ـ أحمد متولى عمر: مدى فعالية التدريب على المهارات الإجتماعية والعلاج السلوكى المعرفى فى تخفيف الفوبيا الإجتماعية لدى طلاب الجامعة. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية جامعة طنطا ١٩٩٣.

٣ ـ أحمد محمد عبد الخالق: إضطراب الضغوط التالية للصدمة. الكويت، مجلة عالم الفكر ١٩٩٣، م ٢٢، ع ١.

٤ ـ أحمد محمد عبد الخالق ومايسة النيال: فقدان الشهية العصبى وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية. مجلة دراسات نفسية ١٩٩٢، م ٢، ع ١.

٥ ـ أمال عبد السميع باظة: الشخصية والإضطرابات السلوكية والوجدانية. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٧.

٦ ـ أمانى عبد المقصود عبد الوهاب: مدى فاعلية برنامج إرشادى فى خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين مكفوفى البصر. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة عين شمس ١٩٩٣.

٧ ـ أنطونى ستور: فن العلاج النفسى. ترجمة لطفى فطيم. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩١.

٨ ـ إيهاب عبد الباقى الببلاوى: فعالية العلاج المعرفى والسلوكى فى خفض

مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية جامعة الزقازيق ١٩٩٩.

٩ ـ حامد زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسى. القاهرة، عالم الكتب ١٩٧٨.

١٠ ـ حسين على فايد: صورة الجسم والقلق الإجتماعى وفقدان الشهية العصبى لدى الإناث المراهقات. المجلة المصرية للدراسات النفسية ١٩٩٩، ع ٢٣.

١١ ـ زينب شقير: دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوى إضطرابات الأكل من طلاب الجامعة. القاهرة، المؤتمر الدولى السادس لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ١٠ ـ ١٢/١١/١٩٩٩.

١٢ ـ زينب شقير: مقياس صورة الجسم. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية ١٩٩٨.

١٣ ـ سامى محمد هاشم: فعالية الإرشاد العقلانى الإنفعالى مقترناً بالواجبات المنزلية فى علاج الخواف الإجتماعى. مجلة كلية التربية بالزقازيق ١٩٩٧، ع ٢٩.

١٤ ـ سعيد دبيس والسيد السمادونى: التدخل السلوكى المعرفى لخفض الإندفاعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً. المملكة العربية السعودية، مجلة جامعة أم القرى ١٩٩٨ ـ ١٤١٩هـ، ع ١٧.

١٥ ـ سليمان الريحانى: تطوير إختبار الأفكار العقلانية ـ اللاعقلانية. عمّان، مجلة دراسات ١٩٨٥، م ١٢، ع ١١.

١٦ ـ س. هـ. باترسون: نظريات الإرشاد والعلاج النفسى، القسم الثانى. ترجمة حامد عبد العزيز الفقى. الكويت، دار القلم ١٩٩٠.

١٧ ـ سيد عبد العظيم محمد: أثر الإرشاد المعرفى فى خفض الشعور باليأس لدى عينة من المكفوفين. مجلة الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ١٩٩٨، ع ٨.

١٨ ـ صلاح الدين عراقى محمد: العلاج المعرفى ـ السلوكى ومدى فاعليته فى

علاج مرضى الإكتئاب العصابى. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية ببنها جامعة الزقازيق ١٩٩١.

١٩ - عادل عبد الله محمد: مقياس الحالة النفسية العامة. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٩.

٢٠ - ــــــــ: مقياس الإكتئاب. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٧.

٢١ - ــــــــ: مقياس الثقة بالنفس. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٧.

٢٢ - ــــــــ: مقياس تقدير الذات للمراهقين والراشدين، ط ٢. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٩.

٢٣ - عبد الرحيم بخيت: مقياس كوبر سميث لتقدير الذات. المنيا، دار حراء للطباعة والنشر ١٩٨٥.

٢٤ - عبد الستار إبراهيم: العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث: أساليبه وميادين تطبيقه. القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع ١٩٩٤.

٢٥ - عبد الفتاح القرشى: الضغوط التى تعرض لها الأطفال الكويتيون خلال العدوان العراقى وعلاقتها بمدى توافقهم النفسى والإجتماعى. الكويت، مجلة عالم الفكر ١٩٩٣، م ٢٢، ع ١.

٢٦ - عصام عبد اللطيف العقاد: أثر العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض العدوانية لدى المراهقين. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية الآداب جامعة الزقازيق ١٩٩٧.

٢٧ - علاء الدين كفافى ومايسة النيال: صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية لدى عينات من المراهقات، دراسات إرتقائية إرتباطية عبر ثقافية. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية ١٩٩٥.

٢٨ - غريب عبد الفتاح غريب: مقياس الإكتئاب. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية ١٩٨٥.

٢٩ ـ لويس كامل مليكة: العلاج السلوكى وتعديل السلوك، ط٢. الكويت، دار القلم ١٩٩٤.

٣٠ ـ محمد أحمد سعفان: القلق النفسى فى ضوء الإتجاهات الحديثة. بحث مرجعى غير منشور، ١٩٩٨.

٣١ ـ ــــــــــ: فعالية برنامج علاجى يتكون من إعادة البناء المعرفى والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية فى علاج الوساوس والأفعال القهرية (دراسة حالة). مجلة كلية التربية بالزقازيق ١٩٩٦، ع ٢٧، ج١.

٣٢ ـ محمد النوبى على: أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بمستوى الطموح لدى الأطفال الصم. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة الزقازيق ١٩٩٩.

٣٣ ـ محمد عاطف زعتر ومحمد سعيد أبو الخير: إضطراب الشخصية الإعتمادية وعلاقته بإدراك الضوابط الوالدية والإتجاه نحو تعاطى المخدرات لدى طلاب المرحلة الثانوية. القاهرة، المؤتمر الدولى السادس لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ١٠ ـ ١٢/١١/١٩٩٩.

٣٤ ـ محمد محروس الشناوى: نظريات الإرشاد والعلاج النفسى. القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ١٩٩٤.

٣٥ ـ هشام إبراهيم عبد الله: أثر العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض الإكتئاب لدى الشباب الجامعى. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية جامعة الزقازيق ١٩٩١.

36 - Agras, W. Stewart et. al.' One - year Follow - up of Psychosocial and Pharmacologic treatments for bulimia nervosa. Journal of Clinical Psychiatry, 1994, 55, 5, 179 - 183.

37 - ____________: Cognitive - behavioral and response - Prevention treatments for bulimia nervosa. Journal of Consulting and Clinical

Psychology, 1989, 57, 2, 215 - 221.

38 - Albertini, Ralph S. & Phillips, Katharine A. : Thirty - three cases of body dysmorphic disorder in Children and adolescence. Journal of the American Academy of Child and adolescent Psychiatry, 1999,, 38, 4, 453 - 459.

39 - American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual for Mental disorders. 4 th ed., (DSM - IV). Washington, D C., 1994, author.

40 - ___________: Diagnostic Criteria from DSM - IV TM. Washington: DC., 1994, author.

41 - Ariel, A.: Education of Children and adolescents with learning disabilities. New York: Merrill, 1992.

42 - Arntz, Arnoud: Treatment of borderline Personality disorder: A Challenge for Cognitive behavioral therapy. Behaviour Research and Therapy, 1994, 32, 4, 419 - 430.

43 - Barlow, D. H. et. al.: Behavior treatment of Panic disorder: A two - year follow up. Paper Presented at the annual meeting of the Association for the advancement of behavior therapy. San Francisco, Nov. 1990.

44 - ___________: Behavior treatment of Panic disorder. Behavior Therapy, 1989, 20, 261 - 282.

45 - Beck, Aaron T.: Cognitive therapy: Past, Present, and future. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61, 2, 194 - 198.

46 - ___________: Cognitive therapy as the integrative therapy: comment

of Alford and Norcross. Journal of Psychotherapy Integration, 1991, 1,191 - 198.

47 - __________: Cognitive therapy: A 30 year retrospective. American Psychologist, 1991, 46, 4, 368 - 375.

48 - ___________: Cognitive models of depression. Journal of Cognitive Psychotherapy, 1987, 1, 1, 5 - 37.

49 - Beck, Aaron T. et. al.: Cognitive therapy of Personality disorders. New York: Guilford Press, 1990.

50 - Beck, A. T. & Weishaar, Marjorie: Cognitive therapy. In Freeman, A. et. al. (eds.), Comprehensive handbook of Cognitive therapy. New York: Plenum Press, 1989.

51 - Bishay, N. et. al.: An uncontrolled trial of Cognitive therapy in morbid jealousy. British Journal of Psychiatry, 1989, 154, 386 - 389.

52. Black, L. & Novaco, R.: Treatment of anger with a developmentally handicapped man. In R. Wells & V. Giannetti (eds.), Case book of the brief psychotherapy. New york: Plenum Press, 1993.

53 - Black, Lauria et. al.: Anger assessment for people with mild learning disabilities in secure Settings. In B. S. Kroese et. al. (eds.), Cognitive behaviour therapy for People with learning disabilties. London: Routledge, 1997.

54 - Blanchard, E. et. al.: Placebo - Controlled evaluation of abbreviated Progressive muscle relaxation and Combined with Cognitive therapy in the threatment of tension headache. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1990, 58, 210 - 215.

55 - Blouin, Jane H. et. al.: Prognostic indicators in bulimia nervosa treated with Cognitive behavioral grouptherapy. International Journal of Eating disorders, 1994, 15, 2, 113 - 123.

56 - Borkovec, T. & Costello, E.: Efficacy of applied relaxation and cognitive - behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61, 4, 611 - 619.

57 - Borkovec, T. et. al.: Efficacy of nondirective therapy, applied relaxation, and Combined Cognitive behvioral therapy for generalized anxiety disorder. Paper Presented at the 15 th annual convention of the association for the advancement of behavior therapy. New York: Nov. 1991.

58 - Breier, A. & Strauss, J. S.: Self - Control in Psychotic disorders. Archieves of General Psychiatry, 1983, 40, 1141 - 1145.

59 - Bryon, M.: The reduction of disruptive behaviour using self - management: A Component analysis. Unpublished research dissertation. Leicester: The British Psychological Society, 1988.

60 - Burns, David D. & Nolen - Hoeksema, Susan: Therapeutic empathy and recovery from depression in Cognitive behavioal therapy: A Structural equation model. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1992, 60, 3, 441 - 449.

61 - Bush, J.: Pain in Children: A Review of the literature from a developmental perspective. Psychology and Health, 1987, 1,215 - 236.

62 - Butcher, James N. et. al.: Psychological interventions with refugees.

Minnesota university, Minneapolis. Refugee Assistance Program, Mental Health Technical Assistance Center, 1988.

63 - Butler, Gillian et. al.: Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinical psychology, 1991, 59, 1, 167 - 175.

64 - Cash, Thomas F. & Grant, Jill R.: Cognitive behavioral treatment of body image disturbances. In v. Hincent et. al. (eds.), Sourcebook of Psychological treatment manuals for adult disorders. New York: Plenum Press, 1996.

65 - Cash, Thomas F. & Lavallee, Danielle M.: Cognitive behavioral body image therapy: Extended evidence of the efficacy of a self - directed Program. Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 1997, 15, 4, 281 - 294.

66 - Chadwick, P. & Lowe, C.: A cognitive approach to measuring and modifying delusions. Behaviour Research and Therapy, 1994, 32, 3, 355 - 367.

67 - Channon, Shelley & Wardle, Jane: Eating disorders. In Jane Scott et. al. (eds.), Cognitive therapy in Clinical Practice: An illustrative Case book. London: Routledge, 1989.

68 - Clark, D. et. al.: Long - term Outcome of Cognitive therapy for Panic disorder. Paper Presented at the meeting of the association for advancement of behavior therapy. New York: Nov. 1991.

69 - Clark, D. & Salkovskis, P.: Cognitive model of Panic: A Comparative Outcome study. Paper Presented at the international Conference on Panic disorder. Gothenburg, Sweden, Jan. 1990.

70 - Clum, G.: Psychological interventions vs. drugs in the treatment of Panic. Behavior Therapy, 1989, 20, 452 - 457.

71 - Coker, Sian: Onset of bulimia nervosa in a 64 - year - old woman. International Journal of Eating Disorders, 1994, 16, 1, 89 - 91.

72 - Compas, Bruce E. et. al.: Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. Psychological Bulletin, 1993, 114, 2, 323 - 344.

73 - Cote, Guyliane et. al.: Reduced therapist Contact in the cognitive behavioral treatment of Panic disorder. Behavior Therapy, 1994, 25, 1, 123 - 145.

74 - Craighead, Linda W. & Agras, S.: Mechanisms of action in cognitive - behavioral and Pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991, 59, 1, 115 - 125.

75 - Cutting, J. & Murphy, D.: Schizophrenic thought disorder: A Psychological and organic interpretation. British Journal of psychiatry, 1988, 152, 310 - 319.

76 - Dagnan, D. & Chadwick, P.: Cognitive - behaviour therapy for people with learning disabilties: Assessment and intervention. In B. S. Kroese et. al. (eds.), Cognitive Behaviour therapy for people with learning disabilities. London: Routledge, 1997.

77 - Davis, Daniel L. & Boster, Lucinda H.: Cognitive behavioral expressive interventions with aggressive and resistant youths. Child Welfare, 1992, 71, 6, 557 - 573.

78 - Davison, I. et. al.: Research note: temperament and behaviour in Six -

year - olds with recurrent abdominal Pain: A follow - up. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1986, 27, 539 - 544.

79 - Deale, Alicia & David, Anthony: Chronic fatigue syndrome: Evaluation and management. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 1994, 6, 2, 189 - 194.

80 - de Leon, J. et. al.: Dysmorphophobia: body dysmorphic disorder, Somatic Subtype ? Comprehensive Psychiatry, 1989, 30, 457 - 472.

81 - Di Giuseppe, R.: Comprehensive Cognitive disputing in RET. In W. Dryden (ed.), Rational Emotive Behaviour Therapy: A reader. London: Sage Publications Ltd, 1995.

82 - Dobson, K. S.: A meta - analysis of Consulting and Clinical Psychology, 1989, 57, 3, 414 - 419.

83 - Dryden, Windy: The therapeutic alliance in rational emotive therapy. In W. Dryden (ed.), Rational Emotive Behaviour Therapy: A reader. London: Sage Publications Ltd, 1995.

84 - Dryden, W. & Di Giuseppe, R.: A Primer on Rational Emotive Therapy. Champaign, IL; Research Press, 1990.

85 - Dryden, W. et. at.: Professional rationality: An interview with Windy Dryden, the rational emotive therapist. Journal of the Association For Rational Emotive Therapist, 1993, 1, 1, 5 - 11.

86 - Durand, V. & Berotti, D.: Treating behavior problems with communication. Bulletin of the American speech - Language - Hearing Association, Nov. 1991, 37 - 39.

87 - Durand, V. & Carr, E.: Functional Communication training to reduce

Challenging behavior: Maintenance and application in new settings. Journal of Applied Behavior Analysis, 1991, 24, 251 - 264.

88 - Eliot, Anner B.: Enhancing Women 's body image: A Comparison of treatment interventions. Unpublished Ph. D. thesis, University of New Mexico, 1998 (Dis. Abs. Int., 1998, Vol. 59, 03 B, P. 1356).

89 - Ellis, Albert: Fundamentals of Rational - Emotive Therapy for the 1990 s. In W. Dryden (ed.), Rational Emotive Behaviour Therapy: A reader. London: Sage Publications Ltd, 1995.

90 - __________: The treatment of borderline Personalities with rational emotive behavior therapy. Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 1994, 12, 2, 101 - 119.

91 - __________: Rational - Emotive Behavior Therapy approaches to Obsessive - Compulsive disorder (OCD). Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 1994, 12, 2, 121 - 141.

92 - __________: Post - traumatic stress disorder (PTSD): A rational emotive behavior therapy. Journat of Rational - emotive and Cognitive Behavior therapy, 1994, 12, 1, 3 - 25.

93 - __________: Letter to mental health professionals. Catalogue of The Institute for Rational - Emotive Therapy, 1993, 4, P. 2.

94 - Ellis, A. et. al.: Rational - Emotive Therapy with alcoholics and substance abusers. New York: Pergamon, 1988.

95 - Emmelkamp, P. & Beens, H.: Cognitive evaluation. Behaviour Research and Therapy, 1991, 29, 293 - 300.

96 - Emmelkamp, P. et. al.: Cognitive therapy vs. exposure in vivo in the

treatment of obsessive - Compulsives. Cognitive Therapy and Research, 1988, 12, 103 - 114.

97 - Evans, M. et. al.: Differential relapse following Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Archieves of General psychiatry, 1992, 49, 802 - 808.

98 - Fairburn, Christopher G.: Predictors of 12 - month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. Journal of Consulting and Clinical psychology, 1993, 61, 4, 696 - 698.

99 - __________: The current Status of Psychological treatment for bulimia nervosa. Journal of Psychosomatic Research, 1988, 32, 635 - 645.

100 - Fisher, Erik & Thompson, J. Kevin: Acomparative evaluation of Cognitive - behavioral therapy (CBT) versus exercise therapy (ET) for the treatment of body image disturbance: Preliminary findings. Behavior Modification, 1994, 18, 2, 171 - 185.

101 - Flor, Herta & Birbaumer, Neils: Comparison of the efficacy of electromyografic biofeed back, Cognitive behavioral therapy, and Conservative medical interventions in the treatment of Chronic musculosketetal Pain. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61, 4, 653 - 658.

102 - Fowler, D.: Cognitive behaviour therapy in management of Patients with Schizophrenia: Preliminary Studies - In A. Werbart & J. Cullberg (eds.), Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and obstructive factors. Oslo: Scandinavian University Press, 1992.

103 - Fowler, David et. al.: Cognitive behaviour therapy for Psychosis: Theory and Practice. Chichester: John wiley & Sons Ltd, 1995.

104 - Fowler, D. & Morley, S.: The Cognitive behavioural treatment of hallucinations and delusions. A Preliminary study. Behavioural Psychotherapy, 1989, 17,267 - 282.

105 - Francis, G. & Ollendick, T.: Anxiety disorders. In E. L. Feindles & G. R. Kalfus (eds.), Casebook in adolescent behavior therapy. New York: Springen, 1990.

106 - Furnham, A. & Antera, H.: Lay theories of anorexia nervosa. Journal of Clinical Psychology, 1992, 48, 1, 20 - 36.

107 - Gardner, W. & Cole, C.: Self - management approaches. In E. Cipani (ed.), The treatment of severe behavior disorder: Behavior analysis approaches. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 1989.

108 - Garety, P. et. al.: Cognitive behavioural therapy for drug resistant Psychosis. British Journal of Medical Psychology, 1994, 67, 259 - 271.

109 - Goldfried, Marvin R.: Self - Control Skills for the treatment of anxiety disorders, In S. R. Brien et. al. (eds.), Anxiety disorder: Psychological and biological Perspectives. New York: Plenum Press, 1986.

110 - Greenberg, Ruth L.: Panic disorder and agoraphobia. In J. Scott et. al. (eds.), Cognitive therapy in clinical Practice: An illustrative Casebook. New York: Routledge, 1989.

111 - Haddock, G. et. al.: Psychological treatment of auditory hallucinations: focusing and distraction. In G. Haddock & P. Slade (eds.),

Cognitive behavioural interventions with Psychotic disorders. London: Routledge, 1996.

112 - ____________: Psychological treatment of Chronic auditory hallucinations: two case Studies. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 1993, 21, 335 - 346.

113 - Hagaa, D. et. al.: Empirical status of cognitive theory of depression. Psychological Bulletin, 1991, 110, 2, 215 - 236.

114 - Hammen, C. et. al.: Vulnerability to specific life events and Prediction of Course of disorder in unipolar depressed Patients. Canadian Journal of Behavioural Science, 1989, 21, 377 - 388.

115 - Harrell, Thomas H. et. al.: Didactic Persuation techniques in Cognitive restructuring. In W. Dryden (ed.), Rational - Emotive Behaviour Therapy: A reader. London: Sage Publications Ltd, 1995.

116 - Hawton, K. et. al.: Cognitive behaviour therapy for Psychiatric Problems. Oxford: Oxford University Press, 1989.

117 - Hindmarch, I.: Neuroleptic induced toxicity syndrome. In R. J. Ancill et. al. (eds.), Schizophrenia: Exploring the Spectrum of Psychosis. Chichester: Wiley, 1994.

118 - Holden, Constance: Youth suicide: New research focuses on agrowing social problem. Science, 1986, 233 (4766), 839 - 841.

119 - Holroyd, Kenneth A. et. al.: A Comparison of pharmacological (Antiriptyline HCL) and nonpharmacological (cognitive behavior) therapies for Chronic tension headaches. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991, 59, 3, 387 - 393.

120 - Holroyd, Kenneth A. & Penzien, Donald B.: Psychosocial interventions in the management of recurrent headache disorders: I. Overview and effectiveness. Behavioral Medicine, 1994, 20, 2, 53 - 63.

121 - Hughes, C.: Teaching self - instruction utilizing multiple examplars to produce generalized problem solving among individuals with severe mental retardation. American Journal of Mental Retardation, 1992, 97, 302 - 314.

122 - Jacobson, Neil S. & Hollon, Steven D.: Cognitive behavior therapy versus pharmacotherapy: Now that the Jury's returned its verdict, it 's time to Present the rest of the evidence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1996, 64, 1, 74 - 80.

123 - Johnstone, E. et. al.: Clinical Findings: abnormalities of mental state and their Correllates. The Northwick Park follow - up study. British Journal of Psychiatry, 1991, 159, 21 - 25.

124 - Johnstone, L.: What Clinical Psychology trainees will discover about Psychiatric rehabilitation. Clinical Psychology Forum, 1995, 82, 27 - 29.

125 - Jones, E. & Pulos, S.: Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive behavioral therapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61, 2, 306 - 316.

126 - Jones, Robert S. et. al.: Theoretical and Practical issues in Cognitive - behavioural approaches for people with learning disabilities: A radical behavioural perspective. In B. S. Kroese et. al. (eds.), Cognitive - behaviour therapy for People with learning disabilities. London: Rout ledge, 1997.

127 - Kendall, P.: Cognitive - behavioural therapies with youth: Guiding theory, Current status, and emerging developments. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61, 2, 235 - 247.

128 - Kingdon, D. & Turkington, D.: The use of cognitive behaviour therapy with a normalising rationale in Schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disease, 1991, 179, 207 - 211.

129 - Klein, Daniel N. et. al.: Primary early - onset dysthymia: Comparison with Primary nonbipolar nonchronic major depression on demographic, Clinical, familial, Personality, and Socioenvironmental Characteristics and short - term Outcome. Journal of Abnormal Psychology, 1988, 97, 4, 387 - 398.

130 - Klosko, J. et. al.: A Comparison of alprazolam and behavior therapy in the treatment of Panic disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1990, 58, 1, 77 - 84.

131 - Koegel, R. & Koegel, L.: Extended reductions in Stereotypic behavior of Students with autism through a self - management treatment Package. Journal of Applied Behavior Analysis, 1990, 23, 119 - 127.

132 - Koppekin, A. L.: An experimental analysis of Preference Problems in self - Control Choice Procedure by adults with mental retardation - Unpublished M. A. thesis, University of North Texas, 1994.

133 - Kroese, Biza S.: Cognitive behaviour therapy for learning disabilities: Conceptual and Contexual issues. In B. S. Kroese et. al. (eds.), Cognitive behaviour therapy for People with learning disabilities. London: Routledge, 1997.

134 - Laberge, Benoit et. al.: Cognitive behavioral therapy of Panic disor-

der with Secondary major depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61, 6, 1028 - 1037.

135 - Larsen, James D.: Cognitive behavioral group therapy with delinquent adolescents: A Cooperative approach with the juvenile Court. Journal of Offender Counseling, Services, and Rehabiltation, 1990, 16 (1 - 2), 47 - 64.

136 - Lewis, Vivien J. et. al.: Outcome of group therapy for body image emotionality and weight Control self - efficacy. Behavioural Psychotherapy, 1992, 20, 2, 155 - 165.

137 - Lieberman, J. et. al.: Biological indices of heterogeneity in schizophrenia: relationship to Psychopathology and treatment outcome. Schizophrenia Research, 1991, 4, 289 - 290.

138 - Lindsay, W.: Psychological therapies in mental handicap. In W. Fraser et. al. (eds.), Caring for people with mental handicaps. London: Butter worth, 1991.

139 - Lindsay, W. et. al.: Cognitive behaviour therapy for anxiety in People with learning disabilities. In B. S. Kroese et. al. (eds.), Cognitive behaviour therapy for people with learning disabilities. London: Routledge, 1997.

140 - __________: Responses to anger management training in Clients with intellectual disability. Unpublished manuscript, 1994.

141 - Linehan, M. M.; Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993.

142 - Loumidis, K. & Hill, A.: Social Problem - Solving groups for adults with learning disabilities. In B. S. Kroese et. al. (eds.), Cognitive be-

haviour therapy for people with learning disabilites. London: Routledge, 1997.

143 - Margraph, J. & Schneider, S.: Outcome and active ingradients of Cognitive behavioral treatments for Panic disorder. Paper Presented at the meeting of the association for advancement of behavior therapy. New York: Nov. 1991.

144 - Mersch, P. et. al.: Social Phobia: individual response Pattern and the effects of behavioral and Cognitive interventions. Behavioral Research and Therapy, 1989, 27, 4, 421 - 434.

145 - Michelson, L. et. al.: Panic disorder: Cognitive behavioral treatment. Behaviour Research and Therapy, 1990, 28, 141 - 151.

146 - ___________: Cognitive behavioral treatments of agoraphobia. Paper Presented at the annual meeting of the associaition for the advancement of behavior therapy, washington, Dc., Nov. 1989.

147 - Michelson, Larry K. & Marchione, Karen: Behavioral, Cognitive, and Pharmacological treatments of Panic disorder with agoraphobia: Critique and Synthesis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991, 59, 1, 100 - 114.

148 - Morin, Charles M. et. al.: Cognitive - behavior therapy for late - life insomnia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61,1, 137 - 146.

149 - Morrison, Anthony P.: Cognitive behaviour therapy for auditory hallucinations without Concurrent medications: A Single case. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 1994, 22, 3, 259 - 264.

150 - Murphy, G. & Clare, I.: MIETS: a service option for people with mild mental handicaps and challenging behavior or Psychiatric Prob-

lems. 2. Assessment, treatment, and outcome for service users and service effectiveness. Mental Handicap Research, 1991, 4, 2, 180 - 206.

151 - Nardi, Chen et. al.: Adjustment disorder of Conscripts as a military Phobia. Military Phobia, 1994, 159, 9, 612 - 616.

152 - Neenan, Michael & Dryden, windy: Trends in rational emotive behaviour therapy. In W. Dryden (ed.), Developments in Psychotherapy: Historical Perspectives. London: Sage Publications Ltd, 1995.

153 - Nelson, H. et. al.: Cognitive functioning and symptomatology in schizophrenia. In A. S. David & J. Cutting (eds.), The Neuropsychology of schizophrenia. London: Erlbaum, 1993.

154 - __________: Practical ways of alliviating auditory hallucinations. British Medical Journal, 1991, 302 - 307.

155 - Novaco, R. W.: Anger as arisk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H. Steadman (eds.), Violence and Mental Disorder: Developments in risk assessment. Chicago: University of Chicago Press, 1994.

156 - __________: Clinical Problems of anger and its assessment and regulation through a stress coping skills approach. In W. O; Donohue & L. Krasner (eds.), Handbook of Psychological skills training: Clinical techniques and applications. Boston: Allyn & Bacon, 1994 a.

157 - Organista, Kurt C. et. al.: Cogitive - behavior therapy for depression in low - income and minority medical out Patients: Description of a Program and explanatory analyses. Cognitive Therapy and Research, 1994, 18, 3, 241 - 259.

158 - Paiva, T. et. al.: Effects of frontalis EMG biofeed back and diazepam in the treatment of tension headache. Headache, 1982, 22, 216 - 220.

159 - Patterson, C. H.: Theories of Counseling and Psychotherapy. New York: Harper & Row Publishers, 1986.

160 - Perris, C.: Cognitive therapy for patients with Schizophrenia. New York: Cassel, 1989.

161 - Persons, J. B. et. al.: Predictors of dropout ond outcome in Cognitive therapy for depression in a private Practice Setting. Cognitive Therapy and Research, 1988, 12, 557 - 575.

162 - Pfeffer, R.: Suicidal tendencies in Children and adolescents. Medical Aspects of Human Sexuality, 1986, 20,2, 64 - 67.

163 - Phillips, K. et. al.: Body dysmorphic disorder: 30 Cases of imagined Ugliness. American Journal of Psychiatry, 1993, 150, 302 - 308.

164 - Pope, S. & Jones, R.: The therapeutic effect of reactive self - monitoring on the reduction of inappropriate social and Stereotypic behaviour. British Journal of Clinical Psychology, 1998, 78, 1, 57 - 69.

165 - Propst, L.R. et. al.: Comparative efficacy of religious and non - religious Cognitive behavioral therapy for the treatment of Clinical depression in religious individuals. Journal of Consulting and Clinical Psyshology, 1992, 60, 1, 94 - 103.

166 - Rachman, Stanley J.: Emotional Processing in anxiety disorders. In K. D. Craig & K. S. Dobson (eds.), Anxiety and depression in adultadults and Children. California: SAGE Publications, Inc., 1995.

167 - Raich, R. M. et. al.: Tratamiento Cognitivo - Conductual de la insatisfaccion corporal (Cognitive behavioral therapy in body image disturbance). Analisis - Y - Modificacion de Conducta, 1997, 23, 89, 405 - 424.

168 - Rathus, J. & Asnis, G.: Panic disorder: Phenomonology and differential diagnosis. In G. Asnis & H.van Praag (eds.), Panic disorder: Clinical, biological, and treatment aspects. New York: John Wiley & Sons, Inc. 1995.

169 - Reed, Julie: Understanding and assessing depression in people with learning disabilities: Acognitive behavioural approach. In B. S. Kroese et. al. (eds.), Cagnitive behaviour therapy for People with learning disabilities. London: Routledge, 1997.

170 - Reed, J. & Clements, J.: Assessing the understanding of emotional states in a population of adolescents and young adults with mental handicaps. Journal of Mental Deficiency Research, 1989, 33, 229 - 233.

171 - Robins, Clive J. & Hayes, Adele M.: An appraisal of cognitive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61, 2, 205 - 214.

172 - Rosen, H.: Developing themes in the field of cognitive therapy. In K. T. Kuehlwein & H. Rosen (eds.), Cognitive Therapies in action: Evolving innovative Practice. San Francisco: Jossey - Bass, 1993.

173 - Rosen, James C.: The nature of body dysmorphic disorder and treatment with Cognitive behavior therapy. Cognitive and Behavioral Practice, 1995, 2, 1, 143 - 166.

174. Rosen, James C. et. al.: Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. Behavior Therapy, 1995, 26, 1, 25 - 42.

175 - ____________: Cognitive behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1995, 63, 2, 263 - 269.

176 - ______________: Cognitive behavior therapy for body image disorder. Behavior Therapy, 1992, 23, 1, 5 - 17.

177 - ______________: Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women for body image disturbance. Behavior Therapy, 1990, 21, 4, 481 - 498.

178 - ______________: Cognitive behavior therapy for negative body image. Behavior Therapy, 1989, 20, 3, 393 - 404.

179 - Rudy, T. et. al.: Quantification of biomedical findings in chronic Pain Patients: Development of an index of Pathology. Pain, 1990, 42, 153 - 166.

180. Safran, J.: Towards a refinement of Cogntive therapy in light of inter personal theory: l.Theory. Clinical psychology Review, 1990, 10,87 - 105.

181. Safran, J. et. al: Assessing patient suitability for short - term cognitve therapy with an interpersonal focus. Cognitive Therapy and Research, 1993, 17, 23 - 38.

182. Saigh, P.A.: In vivo flooding in the treatment of a 6 - year - old boy'spost traumatic stress disorder. Behavior Research and Therapy, 1986, 6, 685 - 688

183. Salkovskis, p. & Campbell, p.: Thought suppression induces intrusion in naturally occuning negative intrusive thoughts. Behavior Research and Therapy, 1994, 32, 1 - 8.

184. Sanders, M.et. al.: cognitive - behavioral treatment of recurrent non - specific abdominal pain in children: An analysis of generalization, maintenance, and side effects. Journal of Consulting and Clinical psychology, 1989, 57, 2 ,294 - 300.

185. Sanderson, William C. & Wetzler, Scott: Cognitive behavioral treatment of panic disorder. In G.M.Asnis & H.M. Van praag (eds.), panic disorder: Clinical, biological, and treatment aspects. New York: John wiley & Sons, Inc., 1995.

186. Sapp, Marty; Three treatments for reducing the worry and emotionality components of test anxiety with undergraduate and graduate college students: Cognitive - behavioral hypnosis, relaxation therapy, and supportive counseling. Journal of College - Student Development, 1996, 37, 1, 79 - 87.

187. Saykin, A.et. al: Neuropsychological Function in Schizophrenia: selective impairment in memory and learning. Archieves of General psychiaty, 1991, 48, 618 - 624.

188. Scott, Jan: Chronic depression: can cognitive therapy succeed when other treatments fail? Behavioural psychotherapy, 1992, 20, 25 - 36.

189 Segal, Z. et. al.: Life stress and depression: A test of congruency hypnosis for the life enent content and depressive subtype. Canadian Journal of Behavioural Science, 1989, 21, 389 - 400.

190. Shallice, T.: From Neuropsychology to mental structure. Cambridge: Cambridge University press, 1988.

191. Shaver, phillip R. & Brennan, Kelly A.: Measures of depression and loneliness. In J. Robinson et. al. (eds.), Measures of personality and Social psychological attitudes. vol. I. California: San Diego, Academic press, Inc. 1991.

192. Shea, M. Tracie et. al.: personality disorders and treatment out come in the NIMH treatment of depression, Collaborative Research Pro

gram. American Journal of psychiatry, 1990, 147, 6,711 - 718.

193. Short E. et. al.: Analysis of humor skills among elementary school Students: Comparisons of children with and without intellectual handicaps. American Journal of Mental Retardation, 1993, 12, 265 - 297.

194. Sigmon, Scott B.: CBT theory and application: A School phobic Kindergarten case. American Journal of psychiatry, 1991, 148, 6, 876 - 881.

195. Slade, peter; Towards Functional analysis model of anorexia and bulimia nervosa. British Jorunal of Clinical psychology. 1982, 21, 167 - 179.

196. Slade, P. & Dewey, M.: Development and preliminary validation of SCANS: A Screening instrument of developing anorexia and bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 1991, 5, 517 - 538.

197. Smith, M.: Autism and life in the community: successful interventions for behavioral challenges. Baltimore: paul H. Brooks, 1990.

198. Smith, M.J. et. al.: Informing people with schizophrenia about their illness: The effect of residual Symptoms. Journal of Mental Health, 1992, 1, 61 - 70

199. Sokol, L. et. al.: Cognitive therapy of panic disorder: A non - pharmacological alternative. Journal of Nervous and Mental Disease, 1989, 177, 711 - 716.

200. Spiegel, David A. et. al.: Does cognitive behavior therapy assist slow - taper alprazolam discontinuation in panic disorder? American Jour-

nal of psychiatry, 1994, 151, 6,876 - 881.

201. Stravynski, Ariel et. al.: The treatment of depression with group behavioural - Congnitive tharapy and imipramine. Canadian Jorunal of psychiatry, 1994, 39, 7, 387 - 390.

202. Stromer, Susan - Marie: The cross gender effects of an experimental media - Focused psychoeducation program (body image). Unpublished Ph. D.thesis, University of South Florida, 1998 (Dis. Abs. Int., 1998, vol. 59, 11B, p. 6080).

203. Suinn, Richard M.: Anxiety management training. In K.D. Craig & K.S. Dobson (eds.), Anxiety and depression in adults and children. California: SAGE publications, Inc. 1995.

204. Swallow, S. & Segal, Z.: Cognitive behavioral therapy For unipolar depression. In K. D. Craig & K.S.Dobson (eds), Anxiety and depression in adults and children. California: SAGE publications, Inc., 1995.

205. __________: Cognitive assessment of unipolar depression: Measuring products, processes and Structures. Behaviour Research and Therapy, 1994, 32, 147 - 158.

206. Tallis, Frank: Obsessive Compulsive disorder: A cognitive and Neuropsychological perspective. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1995.

207. __________: Doubt reduction using distinctive stimuli as a treatment For compulsive checking: An exploratory investigation. Clinical psychology and psychotherapy, 1993, 1, 45 - 52.

208. Tamlyn, D. et. al.: Memory impairment in schizophrenia: Its extent,

affiliations, and neuropsychological character. Psychological Medicine, 1992, 22, 101 - 115.

209. Tarrier, N.; Management and modification of residual positive psychotic symptoms. In M. Birchwood & N. Tarrier (eds.); Innovation in the psychological management of Schizophrenia. Chichester: Wiley, 1992.

210. Tarrier, N. et. al.; A trial of two cognitive - behavioural methods of treating drug resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. I. Outcome. British Journal of psychiatry 1993, 162, 524 - 532.

211, Thackwray, Donna E. et. al.; Acomparison of behavioral and Cognitive behavioral interventions For bulimia nervosa. Journal of Consulting and clinical psychology, 1993, 61, 4, 639 - 645.

212. Thase, Michael E. et. al.; Response to cognitive behavioral therapy in chronic depression. Journal of psychotherapy practice and Research, 1994, 3, 3, 204 - 214.

213. Thierman, G.& Martin, G.; Self - management with picture prompts to improve quality of household cleaning by severely mentally handicapped persons. International Journal of Rehabilitation Research, 1989, 12, 27 - 39.

214. Trower, P. et. al.; Cognitive - behavioural counselling in action. London: Sage publicationc, Inc.; 1988.

215. Valliant, Paul M. et. al.; Acognitive - behavior therapy model For anger management with adult offenders. Journal of Offender Rehabilitation, 1995, 22 (3 - 4), 77 - 93.

216. Van Oppen, P.; Obsessive Compulsive disorder: Issues in assessment and treatment. Unplished ph.D thesis, vrije Universteit, Amsterdam. 1994.

217. Van Oppen, P. & Arntz, A.; cognitive therapy For obsessive compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 1994, 32, 79 - 87.

218. Veale, David et. al.; Body dysmorphic disorder: Acognitive behavioural model and pilot randomised Controlled trial. Behaviour Research and Therapy, 1996, 34, 9, 271 - 279.

219. Waggoner, Irene R.; cognitive behavior therapy and cognitive therapy For body image awareness in sixth grade Females. Unpublished ph. D. thesis, Auburn University, 1998 (Dis. Abs. Int.: 1998, vol. 59, 11A, P. 4060).

220 Wang, M.C.; Adaptive education strategies. Baltimore: Brookes, 1992.

221. Weishaar, Marjorie E.; Developments in cognitive therapy. In W. Dryden (ed); Development in psychotherapy:Historical perspective. London: Sage publications Ltd, 1996..

222. Westwood, peter; commonsense methods for children with special needs. 3rd ed., London: Routlege, 1997.

223. Whitman, T.; Self - regulation and mental retardation. American Journal of Mental Retardation, 1990, 94, 347 - 362.

224. Wilfley, Denise E. et. al.; Group cognitive - behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nunpurging bulimic individuals: Acontrolled comparison. Journal of Consulting and clinical psychology, 1993, 61, 2, 296- 305.

225. Williams, Huw & Jones, Robert; Teaching cognitive Self - regulation Of Independence and emotion cotrol skills. In B.S. kroese et. al (eds.); cognitive - behaviour therapy for people with learning disabilities. London: Routlege, 1997.

226. Willians, J.; The psychological treatment of depression: A guide to the theory and Practice of cognitive. behaviour therory and practice of cognitive behaviour therapy. London: Routledge, 1992.

227. _________: The psychological treatment of depression, New York: Routledge, 1992 a.

228 Williams, Mark G. et. al.; cognitive psychology and emotional disorders. 2nd ed., New York: John wiley & Sons, Inc., 1997.

229. Williams, W. et. al.; Teaching communication skills to persons with developmental disabilities: Effects of teaching by self - Instructive and metacognitive approaches and of individual differences on generalization of skills. American Journal on Mental Retardation, 1996, 111, 252 - 271.

230. Young, Jiffery; cognitive therapy for personality disorders. Sarasata, FL: professional Resource Exchange Inc., 1990.